

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Metodología de las Ciencias del
Comportamiento



TESIS DOCTORAL

**Detección precoz de trastornos del comportamiento alimentario. Dos
variables: adolescencia y estilo educativo familiar**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

José de la Corte Navas

Directora

María del Rosario Martínez Arias

Madrid, 2016

“... a menudo sucede que las tareas sencillas, asumen
vidas propias y crecen más allá de su alcance
original hasta convertirse en proyectos mayores.”
(Eric Swanson)

Algo así ha debido ocurrir con lo que, en un principio, significaría un análisis descriptivo, y no más, de unos 15 años de trabajo comunitario y preventivo sobre la adolescencia y más en concreto sobre los TCA.

Pues que de bien nacidos es ser agradecidos, gracias...

... a Linda Smolack y a su grupo de investigación, que movidos por el “gusanillo” de Ana Rosa Sepúlveda, pusieron, con su interés sobre los datos, la simiente de esta tesis doctoral...

...a quien me puso en la pista de evitar la iatrogenia al hablar de los TCA, me sirvió de acicate para buscar alternativas a las “palabras prohibidas” de Anorexia y Bulimia....

...a Teresa Santamaría que, certeramente, me obligó a descifrar el tesoro de la lectoescritura, a mi profesor de filosofía de Bachillerato Angel Díez Fernández que me colocó en la línea de las ciencias sociales, tarea que continuaron los maravillosos Arredondo, Burgaleta, Forteza, Julio Fernández, Yela y Sánchez de Zabala (nombrados por no estar) y el resto de profesores y profesoras que en mi tiempo de formación universitaria, intentaron, no sólo desempolvar mi intelecto, sino sortear mis imprudencias y arrogancias, todos me enseñaron a callar cuando tuve oportunidad....

...a todos los compañeros y compañeras de trabajo que he tenido y que actualmente tengo, porque me han ayudado a ser valiente....

...a todos mis amigos y amigas, que me hacen sentirme bien incluso cuando pienso en ellos.....

...a los adolescentes y a tantos padres y sobre todo madres que en el tiempo profesional han confiado en mi criterio, siempre me dio vértigo, pero me lo hicieron fácil....

...en especial, como personas, a Jenaro Astray, siempre fiel, a Rosa Calvo, por su cercanía y sencillez, a M^a José Hernández de mirada huidiza y crítica certera, a mi tutora Charo Martínez Arias que ha sufrido lo indecible por ser capaz de refrenar mi vuelo y mantener las riendas tensas y a M^a José Petit, mi eterna compañera, amiga, maestra.... Un mundo.....

....a mis padres y hermana, que creyeron que yo servía.....

... y por fin, a mi gente, que me quiere y sobre todo a Laura y M^a José, esas sí que creen en mí.

...Itaca no te engañó...
Pero no fuerces más la travesía.

“Quien escribe, lanza una piedra a la superficie mansa y lacustre del silencio”
(Ada Salas. “Alguien. Aquí”)

Esta tesis empezó a gestarse en el año 97 del siglo pasado, es bastante mayor ya, por no decir vieja, pero atendí a lo que Ada Salas cuenta sobre el ansia, que tantas veces, ahoga la escucha y acrecienta el vacío. Sin prisa, he querido ser rama, aprender a ser rama y esperar a que las aves se posen cuando llegue el descanso.

Es cierto que uno espera algo e inseguriza la línea entre el acierto y el error, produce vértigo y rozamos la ingravidez, pero cuando ese algo se ejecuta, la incertidumbre se convierte en hallazgo.

El tiempo me ha llegado y confío en que este hallazgo no solo sea un sentimiento subjetivo.

Acomodando Unamuno a mi intención, no creo que haya que ser necesariamente originales, pero si originarios, por eso en algún caso he tenido que bajar al origen para entender el momento actual, sobre todo en los instrumentos que permiten hacer la predicción. Incluso me he permitido modelar el origen a mi necesidad, en la intervención (EDI 5 factores) y heteropercepción en estilos educativos, lo que dejo dicho por si a otros es de utilidad.

He aquí el objetivo de este trabajo, sin más, expresar que hay alguien, aquí.

Índice General

RESUMEN	1
Introducción	1
Método y resultados	2
Discusión y Conclusiones	3
SUMMARY	5
Introduction	5
Results and methods	6
Discussion and Conclusions	7
Prólogo	1
CAPÍTULO 1.- Centrados en el trabajo comunitario	5
1.1.- Desde la Acción a la Protección	6
1.2.- Procedimiento de trabajo (realidad de campo)	11
CAPÍTULO 2.- La problemática de la adolescencia	19
2.1.- Los cambios en la adolescencia	22
2.2.- El impacto de la pubertad	23
2.3.- Las conductas “problema” y la adolescencia	24
2.4.- El “yo” y la autoestima	25
2.5.- Las relaciones con los iguales	26
2.6.- Las relaciones de los adolescentes con los padres	26
2.7.- Los estereotipos sobre la adolescencia (auto y heteropercepción)	29
2.8.- Los adolescentes y su entorno	32
CAPÍTULO 3.- Trastornos del comportamiento alimentario	39
3.1. -Algunas reflexiones sobre los TCA	39
a) Los TCA, trastorno de moda con ciclos de altos y bajos	39
b) Delgadez/Negocio	39
c) Expectativas/Motivación/Justicia	39
d) TCA: ¿solo cuerpo?	39
e) Trastorno complejo, tozudo y cambiante	40
f) La familia, piedra angular. El trabajo comunitario	40
g) Nada fuera del entorno	41
h) Avances según la moda/dominio terapéutico	41
i)Causa/Efecto	41
j) ¿Qué hacer?	41
k) Incluso sin ellas, se ayuda	42
3.2.- Avances en la comprensión de los factores de riesgo. Diagnóstico clínico	42
3.3.- Adolescencia y Trastornos del Comportamiento Alimentario	48
3.4.- Los padres y los TCA	49
CAPÍTULO 4.- Los padres y su estilo educativo	55
4.1.- Estilos educativos	57

CAPÍTULO 5.- Investigación. Antecedentes y primera evaluación del programa.	63
5.1.- Antecedentes	63
5.1.1.- Objetivos Generales	64
5.1.2.- Objetivos Específicos	64
5.1.3.- Procedimiento	65
5.1.3.1.- <i>Formación de distintos agentes educativos</i>	65
5.1.3.2.- <i>Obtención de datos, análisis estadístico y cribaje de alumnos de riesgo</i>	65
5.1.3.3.- <i>Tabulación, depuración de datos y análisis de muestra.</i>	66
5.1.3.4.- <i>Cribaje de alumnos y entrevista clínica</i>	67
5.2.- Datos epidemiológicos sobre TCA en el inicio del programa y datos de prevalencias	68
5.3.- Sensibilidad y especificidad. Valor del cribaje	72
5.4.- Análisis estadísticos para avalar la realización de talleres. Evaluación Pre-post	73
CAPÍTULO 6.- Propiedades psicométricas de los instrumentos de medida	83
6.1.- Análisis estadísticos y puntos de corte en Estilos Educativos y TCA	83
6.2.- Cuestionario de obtención de datos: Estilos educativos	87
6.2.1.- Descriptivos de población	87
6.2.2.- Datos de los cuestionarios	88
6.2.3.- Descriptivos de los factores de Estilos Educativos	90
6.2.4.- Procedimiento, análisis de datos y efectos al completar los cuestionarios	91
6.2.5.- Datos de Riesgo en Estilos Educativos	95
6.2.6.- Coincidencias entre padre y madre (autopercepción y heteropercepción)	101
6.2.7.- Estudio longitudinal de los datos de estilos educativos	104
6.2.8.- Normas en la familia y estilo educativo de los padres	108
6.3.- Cuestionarios de obtención de datos: TCA (EAT-26 y EDI)	117
6.3.1.- Descriptivos de población	117
6.3.2.- Datos de los cuestionarios	118
6.3.3.- Estadísticos descriptivos factores de EAT-26 y EDI (8 y 5 factores)	128
6.3.4.- Análisis de datos y resultados de TCA	129
6.3.4.1.- Correlaciones	129
6.3.4.2.- Relaciones con Índice de Masa Corporal (IMC)	133
6.3.4.3.- Análisis de datos en estudio longitudinal (dos años). Factores.	136
6.3.4.4.- Regresión de variables de TCA sobre factores de estilos educativos	138
6.3.4.5.- Otras relaciones de interés: Autoconcepto e Imagen Corporal	141
6.4.- Cuestionario de obtención de datos. Auto y Heteropercepción en la Adolescencia	145
6.4.1.- Descriptivos de población	145
6.4.2.- Datos de los cuestionarios	148
6.4.3.- Atributos de la adolescencia, auto-percepción y creencias	152
CAPÍTULO 7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	169
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
ANEXO	201
Datos estadísticos sobre las Escalas de los Estilos Educativos	201
Escalas de autopercepción (Adolescentes y Padres)	201
Heteropercepción en estilos educativos. Padres (aportación al cuestionario)	234
Correlación entre factores de Estilo Educativo	239
Cuestionarios para el cribaje de los Trastornos del Comportamiento Alimentario	247

Estructura Factorial de EAT-26	247
Estructura factorial de EDI	251
EDI.- Análisis Factorial para 8 factores	251
EDI.- Análisis Factorial para 5 factores	256
Cuestionario- Auto-informe sobre IMAGEN CORPORAL	260
Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-8 factores	264
Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-5 factores	264

Índice de tablas

Tabla 5.1.- Población en cada una de las edades que ocupa el programa	65
Tabla 5.2.- Cuestionario EDI. Puntos de corte desagregado por sexo y edad	69
Tabla 5.3.- Porcentaje de personas de riesgo de TCA en distintos estudios epidemiológicos.	70
Tabla 5.4.- Porcentaje de riesgo según sexo y edad en Zaragoza y Getafe.	71
Tabla 5.5.- Porcentaje de riesgo en factores de EAT-26 y EDI en Zaragoza y Getafe.	71
Tabla 5.6.- Criterios de riesgo al inicio del programa (EAT-26 punto de corte 15)	72
Tabla 5.7.- Criterios de riesgo en la actualidad (punto de corte EAT26 de 20 puntos)	73
Tabla 5.8.- Mejora en las escalas del EDI después de tratamientos.	78
Tabla 6.1.- Diferencia de medias entre intervalos de edad en la Escala de Estilos Educativos.	83
Tabla 6.2.- Puntos de corte por factor, en Estilos Educativos según sexo y edad.	84
Tabla 6.3.- Diferencia de medias entre intervalos de edad en TCA	85
Tabla 6.4.- Puntos de corte de riesgo por factor de EAT-26 y de EDI, según sexo y edad	85
Tabla 6.5.- Denominación de los factores de Estilos Educativos	89
Tabla 6.6.- Acrónimos de las siguientes escalas de Estilo Educativo	89
Tabla 6.7.- Descriptivos de factores de Estilos Educativos.	90
Tabla 6.8.- Descriptivos de factores de Estilos Educativos, según sexo y edad.	91
Tabla 6.9.- Anovas de factores (F) puntuación alumnos. Madre(VD) Padre(VI)	94
Tabla 6.10.- Correlaciones de pares padre y madre vistos por el hijo y ellos mismos.	94
Tabla 6.11.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Adolescentes)	95
Tabla 6.12.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Padres)	95
Tabla 6.13.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias Adolescentes y Padres)	96
Tabla 6.14.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias entre los Padres)	96
Tabla 6.15.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias Adolescente y Padre)	96
Tabla 6.16.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias Adolescente y Madre)	96
Tabla 6.17.- Correlaciones χ^2 de riesgos padres (riesgo padre y riesgo madre)	97
Tabla 6.18.- D de Somers Factores en riesgo	97
Tabla 6.19.- Regresión (R^2) de factores VD (madre) VI (padre)	98
Tabla 6.20.- Índice de coincidencia kappa en riesgo padres (riesgo padre y riesgo madre)	98
Tabla 6.21a.- Porcentajes de sujetos de riesgo (prevalencia en adolescentes)	98
Tabla 6.21b.- Porcentajes de sujetos de riesgo (prevalencia en padres)	99
Tabla 6.22a.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (prevalencia en adolescentes)	99
Tabla 6.22b.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (prevalencia en padres)	100
Tabla 6.22c.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (adolescente y padre)	100
Tabla 6.22d.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (adolescente y madre)	100
Tabla 6.23.- Acuerdos en percepción con los factores de EDI8F	100
Tabla 6.24.- Correlaciones entre factores de E.E. y Auto concepto personal y emocional	101
Tabla 6.25.- Valores de Kappa según Landis y Koch	102
Tabla 6.26.- Coincidencias en valoraciones directas (autopercepción)	102
Tabla 6.27.- Coincidencias en valoraciones cruzadas (heteropercepción Madre)	102
Tabla 6.28.- Coincidencias en valoraciones cruzadas (heteropercepción Padre)	103
Tabla 6.29.- Coincidencias en factores Padre y Madre	103
Tabla 6.30.- Diferencia de medias entre Edad1 y Edad2	104
Tabla 6.31.- Diferencia de medias entre Edad1 y Edad2	105
Tabla 6.32.- Diferencia de medias entre Edad1 y Edad2	105
Tabla 6.32a.- Correlaciones entre factores al paso del tiempo (escala de Necesidades)	105
Tabla 6.32b.- Correlaciones entre factores al paso del tiempo (escala de Afecto)	106

Tabla 6.33.- ANOVA y asociación entre factores al paso del tiempo	106
Tabla 6.34.- Wilcoxon: retest estilos educativos Sexo y Edad	107
Tabla 6.35.- Porcentajes y categorías de respuesta en Normas (Adolescentes)	108
Tabla 6.36.- Porcentajes y categorías de respuesta en Normas (Padres)	111
Tabla 6.37.- Acuerdo en valoración de establecimiento de normas (adolescentes/padres)	111
Tabla 6.38.- Estructura factorial de EAT26 según baremación original y nuestros datos	118
Tabla 6.39.- Estructura factorial de EDI (8F) según baremación original y nuestros datos	118
Tabla 6.40.- Estructura factorial de EDI para cinco factores según nuestros datos	122
Tabla 6.41.- Estructura factorial de EDI para cuatro factores según nuestros datos	122
Tabla 6.42.- Estructura factorial EDI8F, EDI5F y EDI4F. Según variable edad.	122
Tabla 6.43.- Estructura factorial EDI8F, EDI5F y EDI4F. Según variable sexo.	123
Tabla 6.44.- Distintas fiabilidades de las escalas según estructura factorial	124
Tabla 6.45.- Puntos de corte según sexo y edad con estructura factorial de cinco factores	124
Tabla 6.46.- Consistencia interna en diversas muestras no clínicas	124
Tabla 6.47.- Fiabilidad test-retest en muestras no clínicas	125
Tabla 6.48.- Medias por edad y sexo imputando con cero los missing.	125
Tabla 6.49.- Medias por edad y sexo imputando la media a los missing.	126
Tabla 6.50.- Muestras de población por año y frecuencia y porcentaje de riesgo/no riesgo	127
Tabla 6.51.- Prevalencia de riesgo total a los largo de todos los años	128
Tabla 6.52.- Descriptivos EAT26 y EDI8F y EDI5F	128
Tabla 6.53.- Descriptivos EAT26 y EDI8F y EDI5F, según sexo y edad	128
Tablas 6.54.- Correlaciones entre factores del EDI	129
Tabla 6.55.- Correlaciones EAT26 y EDI5F	130
Tabla 6.56.- Correlaciones EAT26 y EDI8F (riesgo según EAT26 y según EDI8F)	130
Tabla 6.57.- Correlaciones EAT26 y EDI5F (riesgo según EAT26 y según EDI5F)	130
Tabla 6.58.- Prevalencia de riesgo según EAT26, EDI8F, EDI5F y caso Total	131
Tabla 6.59.- Casos de riesgo según sexo y edad con estructura factorial EDI8F	131
Tabla 6.60.- Casos de riesgo según sexo y edad con estructura factorial EDI5F	131
Tabla 6.61.- Casos de riesgo y no riesgo según edad y sexo	132
Tabla 6.62.- Casos de riesgo y no riesgo por edad y sexo	132
Tabla 6.63.- Correspondencia IMC con edad menor de 18 años	133
Tabla 6.64.- Frecuencias y porcentajes de chicos según intervalos de IMC, por sexo y edad	134
Tabla 6.65.- Coincidencias en IMC1 y IMC2	134
Tabla 6.66.- Medidas direccionales. D de Somers	135
Tabla 6.67.- Medidas Simétricas. Kappa de Cohen	135
Tabla 6.68.- Modificaciones en el IMC según cambios en la edad (paso de dos años)	135
Tabla 6.69.- Evolución de IMC entre edad1 y edad2	135
Tabla 6.70.- Evolución de IMC entre edad1 y edad2	135
Tabla 6.71.- Correlaciones EATTotal, EDI8F y EDI5F y según edad1 edad2	136
Tabla 6.72.- Diferencia de medias y tamaño del efecto en ETATotal, EDI8F y EDI5F	136
Tabla 6.73.- Correlación entre factores al paso de 2 y 4 años	136
Tabla 6.74.- Medias y puntos de corte según distintos años	137
Tabla 6.75.- Valor de (t) y significación según distintos años	137
Tabla 6.76.- Modelo de predicción de EAT-26 a través de EDI(5)	138
Tabla 6.77.- Coeficientes de factores de regresión (EAT-26-EDI)	138
Tabla 6.78.- Predicción de factores EDI a través de Estilos Educativos	138
Tabla 6.79.- Modelos de predicción de EAT-26 a través de Estilos Educativos	139
Tabla 6.80.- Coeficientes de factores de regresión (EAT-26-Estilos Educativos)	140
Tabla 6.81.- Correlaciones entre factores de EAT26 y EDI8F y EDI5F y Auto concepto	141

Tabla 6.82.- Descriptivos de edad y sexo en I.C.	141
Tabla 6.83.- Descriptivos de Items de cuestionario de Imagen Corporal	141
Tabla 6.84.- Estructura Factorial Imagen Corporal Matriz de configuración.	142
Tabla 6.85.- Correlaciones IC con EAT26	143
Tabla 6.86.- Correlación IC con EDI8F	143
Tabla 6.87.- Correlación IC con EDI5F	143
Tabla 6.88.- Correlación IC con casos de riesgo	143
Tabla 6.89.- Estructura factorial autopercepción Adolescencia (Soy...)	148
Tabla 6.90.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (Son...)	149
Tabla 6.91.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (Creen que soy...)	149
Tabla 6.92.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (los adolescentes son...)	150
Tabla 6.93.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (Mi hijo es...)	150
Tabla 6.94.- Relación entre factores de percepción negativa y positiva de padres e hijos	151
Tabla 6.95.- Factores de autopercepción (Soy...)	153
Tabla 6.96.- Factores de heteropercepción (Son...)	153
Tabla 6.97.- Factores de heteropercepción (creen que soy...)	153
Tabla 6.98.- Factores de heteropercepción (los adolescentes son...)	154
Tabla 6.99.- Factores de heteropercepción (Mi hijo es...)	154
Tabla 6.100.- Principales acuerdos y discrepancias en percepción sobre la adolescencia	160
Tabla 6.101.- Principales acuerdos y discrepancias en Auto y heteropercepción	162
Tabla 6.102.- Principales acuerdos y discrepancias en heteropercepción	163

Índice de figuras

Figura 5.1.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EAT-26 (riesgo>15p) talleres asistencia	73
Figura 5.2.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EAT-26 (riesgo>15p) talleres no asistencia	74
Figura 5.3.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EDI talleres asistencia	74
Figura 5.4.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EDI talleres no asistencia	74
Figura 5.5.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EAT-26 (riesgo>15p) riesgo	75
Figura 5.6.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EAT-26 (riesgo>15p) no riesgo	75
Figura 5.7.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EDI riesgo	76
Figura 5.8.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EDI no riesgo	76
Figura 5.9.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EAT-26 (riesgo>20p) riesgo	77
Figura 5.10.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EAT-26 (riesgo>20p) no riesgo	77
Figura 5.11.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EDI riesgo	77
Figura 5.12.- Evaluación Pre-test y Pos-test, EDI no riesgo	78
Figura 6.1.- Distribución por sexo (EE)	87
Figura 6.2.- Distribución por edad y edad agrupada (EE)	87
Figura 6.3.- Porcentajes por categorías en normas	110
Figura 6.4.- Decisión de normas según sexo y edad	112
Figura 6.5.- Imposición de normas por sexo y edad	113
Figura 6.6.- No existencia de normas por sexo y edad	113
Figura 6.7.- Distribución por sexo y edad (TCA)	117
Figura 6.8.- Distribución de edad agrupada (TCA)	117
Figura 6.9.- Distribución por sexo (Percepción)	145
Figura 6.10 y 6.11.- Distribución por edad y edad agrupada (Percepción)	146
Figura 6.12.- Distribución por sexo (Percepción)	146
Figura 6.13 y 6.14.- Distribución por edad y edad agrupada (Percepción)	147
Figura 6.15.- Dimensión responsabilidad (Atributos adolescentes)	156
Figura 6.16.- Dimensión Inmediatez (Atributos adolescentes)	157
Figura 6.17.- Dimensión Sociabilidad (Atributos adolescentes)	158
Figura 6.18.- Porcentajes conjuntos de “Si” (los adolescentes son...)	160
Figura 6.19.- Porcentajes condicionados al “Si” de hijos (los adolescentes son...)	161
Figura 6.20.- Porcentajes condicionados al “Si” de padres (los adolescentes son...)	161
Figura 6.21.- Acuerdos y porcentajes condicionados a “Si” (Soy/mi hijo es....)	163
Figura 6.22.- Porcentajes condicionados al “Si” de hijos (Soy/mi hijo es....)	165

RESUMEN

Introducción

Bastantes años de práctica de la psicología educativa-comunitaria y especialmente en sus aspectos preventivos y de intervención familiar, hacen plantearse multitud de dudas que no siempre la ciencia escrita consultada resuelve de manera satisfactoria.

Es difícil trabajar directamente con los adolescentes sobre los factores de riesgo de padecer TCA, por iatrogenia, pero cuando se actúa con los padres, podríamos conseguir disminuir o impedir, de manera preventiva, padecer este trastorno, sobre todo después de una detección precoz a través de sus factores de riesgo.

Así, la hipótesis fundamental planteada es: *la información y formación temprana a las familias sobre el desarrollo físico, emocional, social..., las estrategias educativas y de aprendizaje, el cambio y manejo de comportamientos y los criterios básicos en el establecimiento de normas y límites, podrán motivar cambio de actitud y generar estilos educativos que favorecerán la aparición de factores de protección, no solo respecto a los TCA, sino también a otras problemáticas derivadas de la crisis adolescente..*

Desde la psicología comunitaria (Smetana, Campione-Barr, y Metzger, 2006) es necesario ajustar los criterios de lo que significa buena investigación en la práctica y tener claro que el objetivo es saber si la práctica implantada se ha hecho según lo previsto, se mantiene en el tiempo y los factores de sostenibilidad que hay que tener en cuenta. (Hoagwood y Johnson, 2003).

Las intervenciones según el modelo de salud bio-psico-social (OMS, 1989), están íntimamente relacionadas con lo que las personas hacen, en el medio en el que normalmente se desenvuelven y con los recursos con los que cuentan (Bronfenbrenner, 2005; Tudge, Mokrova, Hatfield y Karnik, 2009).

Con estos presupuestos, parece claro, que ni la familia, ni la institución educativa, ni la institución sanitaria por sí solas tienen la respuesta a tan complejas situaciones y es desde el trabajo multidisciplinar desde donde hay que abordarlas (Fernández y Vidal, 2008; Hombrados, 2013).

Puede existir un desequilibrio durante la pubertad entre las áreas relacionadas con el proceso emocional y la corteza prefrontal. Este desajuste temporal puede contribuir a la desregulación emocional y un posterior riesgo de sufrir patologías, en muchos casos (Dahl y Gunnar, 2009; Ladouceur, 2012).

Juicios, prejuicios, creencias, estereotipos, atribuciones....sea como sea que se forma la idea de adolescencia, lo que está muy claro es que las percepciones y

atribuciones que los hijos y los padres elaboran unos sobre otros afectan a sus relaciones (del Barrio, 1995) y en el cambio /modificación de dichas percepciones debemos trabajar con unos y otros (Buchanan y Holmbeck, 1998; Hines y Paulson, 2006; Jacobs, Chhin y Shaver, 2005; Casco y Oliva, 2005).

El diagnóstico precoz de los TCA, hace que pueda realizarse una intervención temprana, con una recuperación más probable (Treasure y Russell, 2011) aunque habría que ajustar los criterios diagnósticos (teniendo en cuenta el sexo y la edad) a edades de adolescencia temprana, pues los criterios que se usan son los de adultos (Lask y Bryant-Waugh, 2007b).

Las familias de adolescentes con TCA no tienden a tener mayores niveles de disfunción que las familias con adolescentes sin TCA (Strober y Perris, 2011), si bien esto no significa que la influencia de la familia sea irrelevante. Ahora bien, hay evidencia clara de que los programas de intervención en TCA con padres (Álvarez, Sepúlveda, Anastasiadou y Parks, 2013) que no se acompañan de estrategias de transformación del entorno social, es poco probable que tengan efectos duraderos (Levine y Smolak, 2006).

Los componentes centrales del proceso de influencia de las familias en los hijos, son las estrategias de socialización y los estilos educativos parentales (Gavazzi, 2011; Peterson, 2009).

Existen muchos estilos de disciplina disponibles a los padres. El modelo más aceptado, es la tipología de Baumrind (1991). Para esta autora, las prácticas educativas y disciplinarias de los padres varían a lo largo de dos dimensiones: **receptividad y exigencia-atención**, que supone una disciplina consistente y contingente.

Aunque los estilos educativos suelen constituir formas de comportamiento duraderos y consistentes, pueden modificarse, cambiando los pensamientos y las actitudes que los sustentan (Carrobbles y Gámez-Guadix, 2012; Valdivia, 2010).

Método y resultados

Todos los datos están recogidos en Getafe, municipio del cinturón sur de Madrid, con 172.983 habitantes, donde desarrollo mi trabajo de Psicólogo Comunitario del Ayuntamiento, contamos con 13 Centros de Enseñanza Secundaria Públicos y 6 Centros Concertados con este mismo nivel educativo.

Varias son las bases de datos utilizadas (fundamentalmente dos), siempre de adolescentes entre 12 y 15 años y de sus familias (padre y madre). La más amplia, consta de 12.829 adolescentes que han sido evaluados con los cuestionarios EAT26 y EDI, para a través de cribaje, poder realizar entrevistas diagnósticas de detección precoz de TCA. La otra base de datos consta de 2998 sujetos con idénticas características sociodemográficas, pues coinciden con la muestra de los tres últimos cursos de ambas.

Con los datos, se han realizado múltiples tratamientos estadísticos, correlaciones, diferencias de medias, medidas de asociación, de acuerdo, regresión, análisis factorial exploratorio y confirmatorio... y cabe destacar análisis longitudinal con los mismos sujetos al paso de dos años en TCA y de cuatro en Estilos Educativos, utilizando los paquetes informáticos estadísticos SPSS V22, Gpower V3.1, Factor.10.WIN64 y Lisrell 8.8.

Como resultados de más interés, resaltamos:

- En muy pocas de las investigaciones revisadas se trabaja teniendo en cuenta las diferencias entre sexo y edad a los extremos que nosotros hemos profundizado. En concreto **en la corrección del EDI las diferencias en sexo y edad son muy influyentes y sobre todo de cara al establecimiento de los criterios de riesgo.**
- Cuando se observan las coincidencias en riesgo en Estilos Educativos entre padres e hijos en el sentido que sea, las relaciones con los factores del EDI, se dan en la manera siguiente: **los factores más positivos (afecto y democrático) tienen relaciones con factores del EDI que tienen que ver más con la alimentación y los factores más negativos (crítica, autoritario y negligencia) más relación con los de adolescencia.**
- Los dos factores que más relación tienen con los riesgos en TCA, a través del EAT26 o del EDI, son el factor de Crítica, de la primera escala, cuando lo expresa el padre y el factor de Autoritarismo, de la segunda escala, presente en cinco factores, cuando lo expresa la madre.

Discusión y Conclusiones

Aun en desacuerdo con lo que plantean Stice et al (2007) respecto a la efectividad de la detección precoz, pienso que la prevención puede gestionarse a través de ella y ante nuevos problemas hay que aventurar nuevas soluciones (Hombrados, 2013; Pianta, 2003).

La mayor parte de adolescentes no están en situación de problema, sino, como mucho, en una crisis “normativa” (Gullota et al, 2015) que tenderán a superar, dando paso a otra etapa de la vida, así pues, merece la pena que sigamos pensando en ellos como personas en construcción (Funes, 2003).

El hecho de que un problema aparezca en la adolescencia, no significa que sea de la adolescencia (Zahn-Waxler et al, 2000). Es necesario distinguir claramente, a la hora de la intervención, entre patrones duraderos de conductas problema y experimentación

ocasional. Hay que empezar el trabajo mucho antes, así esto será siempre más efectivo en los momentos en que los conflictos están en germen (Peterson et al, 2013a).

Construyamos estrategias que ayuden a las familias (Smolak, 2012; Menzel et al, 2010; Neunmark-Sztainer et al, 2007) incluso a reconocer de manera prematura señales livianas ocultas que aparecen después como síntomas importantes (Pérez de Eulate, 2009) y en los adolescentes favorezcan la autoaceptación, la autoestima y la sensación de bienestar emocional (Gustaffson et al, 2009), sin olvidar la necesaria transformación en el entorno, si queremos que los cambios sean estables (Álvarez et al, 2013; Levine et al, 2006).

- Dos primeras conclusiones tendrían que ver con el trabajo realizado sobre el cuestionario de Estilos Educativos, la primera debida al descubrimiento del **efecto en los datos respecto a la forma de obtener la información de los adolescentes** sobre sus padres (forma conjunta y separada) y la segunda con la aportación de una **nueva variable en juego, la percepción que sobre el estilo educativo de la pareja tienen el padre y la madre**.
- Una tercera, importante, puede ser la posibilidad de reducir los factores de riesgo en el cuestionario EDI de ocho factores a cinco con la convicción de que su sensibilidad y especificidad no bajen y si nos permita bajar el número de entrevistas a realizar sin dejar fuera casos que sean y no detectemos (falsos negativos).
- El trastorno, aunque preocupa y es necesario dar respuesta desde los distintos recursos comunitarios, una vez “controlado” no es tan alarmante como se presenta en los medios de comunicación.
- Uno de los grandes aciertos de este estudio ha sido contar en todo momento con el apoyo y respaldo de la comunidad educativa, desde la consecución de una devolución de cuestionarios por parte de los padres en una tasa casi impensable (86,7%).
- En la diversificación de la atención a los adolescentes, estarán las claves de la no exclusión de entre un 10% y un 15% que significan los chicos y chicas de riesgo que tienen capacidades latentes para poder desarrollar los factores de protección que necesitan.
- Muchas han sido las limitaciones debidas a la imposibilidad de planificar investigación en el día a día del campo aplicado. Hay que seguir profundizando en el efecto que produce en la práctica el conocimiento de la percepción de los Estilos Educativos de los padres uno sobre otro.

SUMMARY

Introduction

Many years of practice in the educational-community psychology field, and especially in its preventive aspects and family intervention psychology, raised many questions that are not always solved by the consulted written science successfully.

It is hard to work directly with teenagers about the risk facts of developing an eating disorder, but when we act directly with the parents, we could achieve a reduction, or even prevent, the development of this disorder, especially after an early detection through the risk facts.

Thus, the fundamental hypothesis proposed is: *the information and early training to the family about the physical, emotional and social development, the educational and learning strategies, how to handle the behavior and the basic criteria on the establishment of rules and limits, could motivate a change in the attitude and generate educative styles that will stimulate the occurrence of protection factors, not only related to eating disorders, but to other problems derived from the adolescent crisis.*

From the community psychology (Smetana, Compione-Barr and Metzger, 2006) it is necessary to adjust the criteria about the meaning of a good research in the practice, and having clear that the target is to know if the practice implanted has been done as planned, if it is maintained over the time, and the sustainability factors that has to be taken into account (Hoagwood and Johnson, 2003).

Interventions, according to the bio-psycho-social health model (OMS, 1989), are closely related with what people do, the media they are usually involved with, and the resources they have (Bronfrenbrenner, 2005; Tudge, Mokrova, Hatfield and Karnik, 2009).

With these specifications, it is clear that neither the family, nor the educative institution, nor the health institution by their own could answer to such complex situations, so they have to be approached from the multidisciplinary work (Fernández and Vidal, 2008; Hombrados, 2013).

There may be an imbalance during the puberty between the areas related with the emotional process and the prefrontal cortex. This temporal break down can contribute to the emotional deregulation and a posterior risk of suffering pathologies in many cases (Dahl and Gunnar, 2009; Ladouceur, 2012).

Judgments, prejudices, beliefs, stereotypes, attributions....Anyway the idea of the adolescence is formed, what is clear is that the perceptions and attributions that parents and children make one on the others affect their relationships (del Barrio, 1995) and in the modification/change of those perceptions we should work with both (Buchanan and Holmbeck, 1998; Hines and Paulson, 2006; Jacobs, Chhin and Shaver, 2005; Casco y Oliva, 2005)

The early diagnosis of eating disorders, makes possible an early intervention, with a more reasonable recovery (Treasure and Russell, 2011) although the diagnostic criteria should be adjusted (having into account sex and age) at early adolescence ages, since nowadays the criteria that are being used are those used for adults (Lask and Bryant-Waugh, 2007b).

Families of teenagers with eating disorders do not tend to have higher dysfunction levels than families of teenagers without it (Strober and Perris, 2011), even though this does not mean that the influence of the family is irrelevant.

However, there are clear evidences that intervention programs for eating disorders with parents (Álvarez, Sepúlveda, Anastasiadou and Parks, 2013) that do not follow social environment transformation strategies, are unlikely to have long time effects (Levine and Smolak, 2006).

The central components of the family influence process on their children are the socialization strategies and the parental educational styles (Gavazzi, 2011; Peterson, 2009).

There exist many discipline styles available for the parents. The most accepted model is the Baumrind typology (1991). For this author, the educative and disciplinary practices of parents vary along two dimensions: **receptivity** and **demand-attention**, which suppose one consistent and contingent discipline.

Although the educational styles use to build long-lived and consistent behavioral models, they can be modified, changing thoughts and attitudes supporting it. (Carroble and Gámez-Guadix, 2012; Valdivia, 2010).

Results and methods

All data were collected in Getafe, town of the south of Madrid, with 172.983 inhabitants, where I develop my job as Community Psychologist of the council. We count with 13 public high school centers and 6 semi-public centers of the same level.

There are various databases used (two of them mainly used), always with adolescents between the age of 12 and 15 and their parents. The widest, comprises of 12.829 subjects, have been evaluated with the questionnaires EAT26 and EDI, for

through screening, be able to perform eating disorders early detection diagnostics interviews. The other database comprises of 2.998 subjects with identical social demographic characteristics, since they coincide with the sample of last three years of both databases.

With the data, it has been made multiple statistical treatment, correlations, mean differences, association and agreement measures, regressions, exploratory and confirmatory factorial analysis ... and it is worthy to distinguish the longitudinal analysis with the same subjects with eating disorders after two years, and after four in educational styles, using statistical packages SPSS V22, Gpower V3.1, Factor.10.WIN64 and Lisrell 8.8.

Considering the most interesting results, we stand out:

- In few of the revised investigations the work is done taking into account the differences between sex and age taking them to the extremes as we have drilldown. In concrete, **in the correction of EDI the differences in sex and age are really influent and especially towards the establishment of risk criteria.**
- When the risky coincidences in Educational Styles between parents and children in any sense are observed, the relationships with the EDI factors, are given as follows: **The most positive factors (affection and democratic) have relationships with EDI factors that have to do more with the nutrition, and the most negative factors (criticism, authoritarian and negligence) more to do with the adolescence.**
- **Two of the factors that have more relationship with the risk of eating disorders, through EAT26 or EDI, are the Criticism factor, on the first scale when it is expressed by the father, and the Authoritarianism factor, on the second scale, present in five factors, when it is expressed by the mother.**

Discussion and Conclusions

Even disagreeing with the proposal of Stice et al (2007) with respect to the effectiveness of the early detection, I think that the prevention can be managed through early detection and that when facing new problems we have to experiment with new solutions (Hombrados, 2013; Pianta, 2003).

Most of teenagers are not in a problems situation, but, as much, in a 'normative' crisis (Gullota et al, 2015) that they will have to overcome, reaching another step of the life, since, it is worthy to keep thinking in them as subjects under construction (Funes, 2003).

The fact that a problem appears in the adolescence does not mean that it is belonging to the adolescence stage (Zahn-Waxler et al, 2000). It is clearly necessary to distinguish, at the intervention time, between long-time behavior problems patterns, and occasional appearance. We have to start working much earlier, as this will always be more effective when the conflicts are germinating (Peterson et al, 2013a).

We should build strategies for helping families (Smolak, 2012; Menzel et al, 2010; Neunmark-Sztainer et al, 2007) event to recognize prematurely light hidden signals that will appear afterwards as significant symptoms (Péraz deEulate, 2009) and in teenagers to promote self-acceptance, self-esteem, and the sense of emotional well-being (Gustaffson et al, 2009), without forgetting the necessary transformation of the environment, if we want the changes to be stable (Álvarez et al, 2013; Levine et al, 2006).

- The first two conclusions should have to do with the work made over the questionnaires of Educational Styles. First one due to the discovery of the **effect in date with respect to the way of obtaining information from teenagers** about their parents (together and separately way) and the second one with **the input of a new variable, the perception about the educational style of the couple that parent have.**
- The third important one, could be the possibility of decreasing risk factors in the EDI questionnaire from eight factors to five with the conviction that its sensibility and specificity do not decrease, and we were allowed to decrease the number of interviews to be made without letting those false negative cases out.
- The disorder, although worries and it is necessary to respond from the community resources, once it is under control it is not so much worrying as it is presented by media.
- One of the main successes of this study has been having the support in every moment of the educative community, returning a huge percentage of questionnaires (86,7%).
- In the diversification of the attention will be the non-exclusion keys for a range between 10% and 15%, that means those risky boys and girls that have their capacities hided, to be able to develop the protection factors they need.
- There has been many limitations due to the impossibility of planning the investigation day-to-day in the applied field. We need to keep drilling down in the effect that in the practice is producing the Educative Styles of parents.

Prólogo

“(del griego *πρόλογος* *prologos*, de *pro*: ‘antes y hacia’, en favor de, y *lógos*: ‘palabra, discurso’) es el texto o parte situado al principio de una obra, entre los documentos llamados preliminares, que sirven a su autor para justificar el haberla compuesto y al lector para orientarse en la lectura o disfrute de la misma.” *Confío en que así sea.*

Bastantes años de trabajo en la práctica de la psicología educativa y especialmente en sus aspectos preventivos y de intervención familiar, hacen plantearse multitud de dudas que no siempre la ciencia escrita resuelve de manera satisfactoria.

Algunas preguntas que han motivado esta Tesis Doctoral, son producto de pequeñas reflexiones, otras de encuentros casuales en la práctica diaria, y otras vienen de sesudas reflexiones realizadas en congresos, jornadas o cursos, entre otros. Reducidas a su mínima expresión me han servido de guión para ir desarrollando los distintos Capítulos de esta Tesis, y podrían formularse de la siguiente manera:

¿Puede ser el Trastorno del Comportamiento Alimentario, o alguno de sus factores importantes medibles, producto de la solución de la crisis adolescente?, más concretamente, ¿varían los factores de riesgo de padecer TCA con el paso del tiempo y con algún patrón reconocible? Esto será respondido con información que ha sido recogida a través de un estudio epidemiológico, con descriptivos de un estudio longitudinal y con cortes de una muestra transversal muy extensa: **“Adolescencia y Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)”**.

Otra pregunta de inicio: ¿tiene mucho o poco que ver el estilo educativo familiar, según lo expresan los padres y lo perciben los hijos, con los factores de riesgo de padecer un TCA? De esta pregunta se generará otro Capítulo de la Tesis Doctoral, que tratará de responder con nuevos datos descriptivos y de validación de un cuestionario específico de Estilos Educativos (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001), con criterios de corte de análisis de riesgo y que fortuitamente demuestran el efecto que tiene sobre los datos la forma de obtener la información a través de dicho cuestionario... ¿es lo mismo contar con una sola hoja de respuesta donde el joven responde con su opinión al padre y a la madre de forma paralela, o habría que obtener la información por separado en hojas distintas? De la misma forma, se ofrecerá información sobre una nueva variable que enriquece el trabajo con padres, pudiendo sumarse a este cuestionario: **“Estilo Educativo y TCA”**.

Por último, por una gran duda sobre el efecto iatrogénico que puede darse, en la prevención, al pensar directamente sobre los adolescentes con posible Anorexia o Bulimia nerviosa. Surgió otra pregunta: si hubiera alguna relación entre TCA y el Estilo Educativo y si la evolución adolescente puede variar el riesgo de padecer un TCA, ¿no sería posible trabajar los Estilos Educativos de los padres en la pre adolescencia, o incluso

antes, y así favorecer un cambio de actitud frente al adolescente, y una disminución de los riesgos de TCA? Esta parte última generará, fundamentalmente, nuevas dudas y preguntas, pues hasta la demostración empírica, quedará como proyecto de trabajo que se inicia en el momento en que se cierra la escritura de esta Tesis Doctoral, surgida, como se verá, de la acción a la investigación, algo difícil de conjugar cuando lo primero es la obligación y la necesidad de hacer: **“Trabajo con familias. Percepción y cambio de actitud”**.

Aunque el trabajo que expongo es básicamente descriptivo, sobre todo en la parte de la justificación y los análisis de los cuestionarios utilizados para medir el Estilo Educativo, el riesgo en TCA y en la exposición de datos longitudinales, hay un intento de relacionar el riesgo de padecer TCA y el Estilo Educativo familiar percibido por el adolescente y sus padres, en el sentido siguiente: Es difícil trabajar directamente con los adolescentes sobre los factores de riesgo de padecer TCA, cuando se trabaja con los padres de adolescentes sobre sus habilidades educativas y estilo educativo familiar, es poco probable que a corto plazo se modifiquen comportamientos y formas de hacer, es muy posible e importante el cambio de actitud que en ellos se produce, al obtener información sobre la adolescencia, sus problemáticas y sobre todo de las estrategias de cambio a nivel conductual, emocional y de pensamiento. De tal forma que conviene investigar si favoreciendo el cambio, al menos en actitud, respecto al Estilo Educativo familiar (que puede dificultar o favorecer el cambio en los factores de riesgo y protección de padecer TCA), conseguiríamos disminuir o impedir, de manera preventiva, la posibilidad de padecer este trastorno, sobre todo después de una detección precoz a través de sus factores de riesgo.

Por tanto, estas tres son las líneas de trabajo que se desarrollan, sin afán de ser exhaustivo, en la explicación, pero con la necesidad de encuadrar las tres, pues tienen relación con la hipótesis fundamental, a saber: *la información y la formación temprana a las familias sobre el desarrollo físico, emocional, social..., las estrategias educativas y de aprendizaje, el cambio y manejo de comportamientos y los criterios básicos en el establecimiento de normas y límites, podrán motivar cambio de actitud y generar estilos educativos que favorecerán la aparición de factores de protección, no solo respecto a los TCA, sino también a otras problemáticas derivadas de la crisis adolescente.*

Los Capítulos 1 al 4, tratan sobre el trabajo comunitario que justifica/sustenta esta investigación: sobre la adolescencia y sus principales características, los Trastornos del Comportamiento Alimentario como bloque principal de información y sobre el trabajo con padres y el Estilo Educativo Familiar a través del cual se intenta dar sentido a la prevención. Los capítulos siguientes se dedican a analizar las propiedades psicométricas de los cuestionarios, de las poblaciones y sus características, de los criterios de riesgo utilizados en los distintos apartados, de las relaciones entre variables, acabando en unas conclusiones que ayudan a hacer efectivo y posible mi trabajo fundamental y de dedicación motivacional y profesional, *el Programa Preventivo y de Salud con Adolescentes y el Programa de Habilidades Educativas para Familias.*

CAPÍTULO 1

CAPÍTULO 1.- Centrados en el trabajo comunitario

Desde luego no es muy usual hablar en Psicología Educativa sobre algo que no sea la Orientación, la Evaluación Psicoeducativa, los Equipos de Centros, en resumen, las dedicaciones que más suenan en esta faceta de la Psicología, pero creo que es bueno airear de vez en cuando algunas otras acciones que realizadas por profesionales de este área se llevan a cabo con las claves del trabajo comunitario, preventivo y científico, que lleva, relativamente, poco tiempo como enfoque de trabajo y, tal vez, tiene más actividades que investigación.

En muchas ocasiones los profesionales que desarrollamos tareas de este tipo (comunitarias, entendidas como necesidad de analizar constantemente la situación para partir de una realidad inmediata, búsqueda de la problemática con espíritu preventivo, actitud de compartir y no de entendido y fomento de la participación de las personas en el análisis y solución de sus propios problemas), nos amparamos en la falta de tiempo o en el efecto Mateo (Bunge, 1991; Jiménez, 2009) ("a quien tenga más, se le dará más") que ocurre en la ciencia y en la publicación de sus estudios cuando es tan difícil llamar la atención de las revistas especializadas sobre temas "no de moda/interés" y sobre profesionales sin "historial" de publicaciones (Rosas, 2012), pero no siempre esto responde a la realidad. Con un pequeño esfuerzo se podrían y se pueden conjugar la teoría y la práctica, sin miedo a pertenecer al *lumpen* proletario de la ciencia; "más vale fracasar en el lugar adecuado que triunfar en el inadecuado" (Bunge, 1991), aunque si es adecuado ser conscientes que la mitad de los artículos científicos están producidos por el 5% de la comunidad científica, según la ley de Locka (Bunge, 1991), sin perder de vista que se precisa tiempo y estabilidad para entender todos los recursos que deben intervenir (escuela, sanitarios, comunidad, etc.).

En este debate constante entre la práctica/aplicación y la investigación, abundan las justificaciones de una parte, basadas, la mayoría de las veces, en estereotipos: "no se investiga desde el campo aplicado porque se responde con lo ya sabido por inercia y falta de preparación/motivación", "no siempre la literatura científica responde a la realidad o en todo caso responde a la realidad específica de las fuentes referenciadas o del lugar donde se ha desarrollado la investigación" y "tampoco está clara la validez externa y la generalizabilidad de las investigaciones publicadas", últimamente también habría que añadir el juego entre el Burnout y la desafección social o laboral (Funes, 2004; Valcárcel, 2002) que se están produciendo en el trabajo comunitario, normalmente afectado por los recortes presupuestarios.

Parecería sensato cambiar los criterios de lo que significa la buena investigación en la práctica, donde el objetivo es saber si la práctica implantada se ha hecho según lo previsto, se mantiene en el tiempo y los factores de sostenibilidad que hay que tener en cuenta (Hoagwood y Johnson, 2003).

Esto, que no pasa de ser un comentario muy personal, producto, seguro, de la desinformación, es uno de los acicates y motivación de mi Doctorado. Creo necesario explicitarlo porque, posiblemente, todo lo el texto escrito, está mediatizado por el intento de salir de esta “oscuridad”.

Desde la psicología comunitaria se observa la tendencia a la colaboración entre investigadores académicos, los técnicos de servicios y responsables políticos (Smetana, Campione-Barr, y Metzger, 2006), poniendo el acento en investigaciones trasladables a la arena política.

Pero no siempre los indicadores reales en la población, los que se utilizan para la planificación, son positivos. Aunque sea baja la prevalencia, conocer la enfermedad ayuda al sano y hay que organizar un trabajo de compensación de deficiencias y, no obstante, aunque muchos de los indicadores no estén por debajo de las medias (deficitarios estadísticamente), los técnicos comunitarios trabajamos los aspectos más preocupantes y significativos surgidos del reconocimiento de las necesidades expresadas, normativas entre otros (Fernández-Ballesteros, 1996; Sánchez, 2007). Para esto es necesario contar con las personas que tienen en su mano la posibilidad de realizar, o ayudar a realizar, algún cambio en actitudes, pensamientos y/o comportamientos (padres/madres, profesores/as, adolescentes, técnicos/as). Si esto es cierto, es imprescindible que entre los presupuestos básicos de la investigación-acción, esté la participación, pieza clave sin la cual se facilita la desafección y se entorpecen los procesos de empoderamiento (Costa y López, 2006; Sánchez, 2007).

1.1.- Desde la Acción a la Protección

“Cuanto más cerca está algo de la experiencia cotidiana, es más difícil convencer a la gente de la necesidad de su estudio científico”, con esta frase inicia J. Richard Eisner su libro “Psicología Social. Actitudes, Cognición y Conducta Social” (1989, pag.17). Nada más acertado, para explicar lo que ocurre en el trabajo diario en el campo aplicado.

Lo que realmente suele ocurrir es que detectamos en la comunidad, destinataria de nuestro trabajo, los problemas sin posibilidad de mucha reflexión porque precisan solución y se planifica la intervención, con la mejor intención, pero normalmente, falta tiempo, espacios, servicios y sobretodo, **costumbre** (Suchowierska y White 2003), produciéndose los hechos antes de tener la posibilidad de planificar la obtención de datos (Weist, Lever, Bradshaw y Sarno, 2014).

Claro está que debe ser así, pero existe siempre la necesidad y ¿la obligación? de buscar la prevención a través de la intervención primaria que según Bloom y Gullota (en Gullota, Plant y Evans, 2015) significa **proteger** el estado de salud actual, **promover** el

bienestar psicosocial y **prevenir** posibles problemas, a través de la estrategia de dar información.

El trabajo preventivo utiliza cuatro herramientas, que por sí solas no son efectivas, pero combinadas producen el efecto de promoción y anticipación a las problemáticas:

- **Educación**, siempre que además de aumentar el conocimiento pueda afectar a las actitudes y a los comportamientos.
- Promoción de la **competencia social en los individuos**, implicando un sentido positivo de la autoestima, locus de control interno, sentido de dominio de habilidades básicas y un interés más allá de ellos mismos que se extiende hasta un grupo más grande.
- **Cuidado natural**, no a través de equipos de salud **mental**, sino más a través de grupos de ayuda mutua o cuidadores cercanos capacitados (amigos, familiares...).
- Intervenciones en la **organización y recursos** de la comunidad, participación activa en los procesos comunitarios y compensación de las desigualdades.

Así se completa la idea de que las comunidades saludables se consiguen desde dentro porque la educación, informa, el cuidado natural, une, la competencia social, posibilita la acción y la intervención en la comunidad, facilita la consecución y el deseo de cambios (Gullota, Plant y Evans, 2015), primera cosa a conseguir.

Teniendo en cuenta una de las características fundamentales de la Prevención y la Promoción de la Salud, su carácter proactivo (actúa antes que los problemas aparezcan, va dirigida a las personas sanas y sobre todo a las que están a riesgo y se centra en las causas/determinantes de los problemas) (Sánchez, 2007). En concreto, en el ámbito local donde desarrollo mi trabajo, precisa de una estructura y unas funciones, que se caracterizan por:

- Pretender hacer prevalente la salud sobre la enfermedad.
- Crear los mecanismos adecuados, a propósito de la salud, teniendo en cuenta una perspectiva global de la misma, en la que se integren todos los sectores sociales, sanitarios y profesionales que estén implicados en materia de salud (coordinación y co-acción).

Aunque no fuera preciso, hay que explicitar que nuestras intervenciones están basadas en el modelo de salud bio-psico-social (OMS, 1989), según el cual existe una etiología multifactorial, una interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales, sociales y ambientales de las personas en un contexto socio-ambiental determinado. Este modelo defiende que la salud y por consiguiente la enfermedad, están íntimamente relacionadas con lo que las personas hacen, con su comportamiento, en el medio en el que normalmente se desenvuelven y con los recursos con los que cuentan (Bronfenbrenner, 2005; Tudge, Mokrova, Hatfield y Karnik, 2009).

En este sentido, se pueden potenciar los “estilos de vida saludables”, mediante la educación y la facilitación de habilidades de comportamientos adaptados, no patógenos, sin limitar la idea de comportamiento a aspectos individuales, ya que las actuaciones ocurren como producto de la interacción de grupos humanos (Costa y López, 1996).

El enfoque del trabajo comunitario, exige una metodología participativa, no trata tanto de solucionarles los problemas, sino de hacer a las personas competentes, entrenándoles en las habilidades necesarias para que ellos mismos los solucionen, así, se ajusta más al concepto de salud como desarrollo de potencialidades o empoderamiento (Costa y López, 2006), término muy de moda que implica a quien lo trabaja, en sus últimas consecuencias, un estilo de vida profesional, una militancia en el modelo, un sentirse, un ser y no sólo un estar. En las últimas referencias del modelo A-B-C (Antecedentes, Biografía y Consecuencias), Costa y López (2006) vuelven a reforzar la idea de inclusión en este modelo de valores, creencias y principios que significan:

- Facilitar experiencias de dominio, poder y control de las personas sobre su propia vida, idea que permite la introducción del aprendizaje de la **gestión de los propios conflictos** como objetivo fundamental de la educación familiar (Funes, 2003).
- Potenciar el aprendizaje, desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento y competencias. Idea base de la realización de **Talleres de Habilidades Educativas y Personales** con padres y adolescentes (Carrobbles y Gámez-Guadix, 2012).
- Promover factores de protección y recuperación frente a los factores de riesgo y estrés. Objetivo fundamental de mi trabajo.
- Potenciar los recursos del contexto y las redes de apoyo social. Posicionamiento ético-ideológico de muchos de los profesionales que “militan” en el trabajo Comunitario Psicoeducativo.

Con estos presupuestos, parece claro, que ni la familia, ni la institución educativa, ni la institución sanitaria por sí solas tienen la respuesta a tan complejas situaciones y es desde el trabajo multidisciplinar desde donde hay que abordarlas (Fernández y Vidal, 2008; Hombrados, 2013) y las acciones han de ser integrales y globales, pues ante nuevas necesidades deben surgir nuevos enfoques (Pianta, 2003).

Hasta hace poco no había más problema que entender esto para poder hacer salud en el ámbito educativo contando con los recursos comunitarios, pero en la década de los 90 surgió una corriente de pensamiento en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud, que preconizaba la necesidad de que los programas, tratamientos, intervenciones, servicios y acciones en general que se aplicaran en cualquier contexto, deberían estar avaladas por la mejor evidencia científica disponible (Boruch, Ptrosino y Sánchez Meca, 2002). Resalta la Práctica Basada en la Evidencia, que se estructura en torno a organizaciones internacionales

de investigadores de ciencias de la salud como la Colaboración Cochrane y la más recientemente creada en el contexto de las ciencias sociales, educativas y del comportamiento, la Colaboración Campbell (Petrosino, Boruch, Soydan, Duggan y Sánchez-Meca, 2001).

En concreto en el marco de la Psicología Educativa y la Educación para la Salud, hay un debate muy intenso entre, por una parte, los defensores del modelo que preconiza el trabajo de la Psicología en la escuela desde la perspectiva de la Salud Pública de la OMS (Strein, Hoagwood y Cohn, 2003), basado en la intervención temprana, la prevención y la promoción, localizando factores de protección, generando programas de intervención y la integración de servicios y recursos y, por otra parte, los defensores de las políticas basadas en la Evidencia (Hoagwood y Johnson, 2003). Se basan en las prácticas que potencien un cambio en las políticas de salud favoreciendo la necesidad de investigación-acción y creando redes y bancos de buenas prácticas para poder intervenir directamente en el contexto educativo, pero con criterios de efectividad y validez (*“a veces la poca intervención que se hace, se hace en la escuela y hay que hacerla bien”*). A veces lo que parece más rentable sería aprovechar los avances realizados en el modelo de Salud Pública y potenciar, conjugándolas, las posibilidades del modelo de salud y educación basada en la experiencia (Adelman y Taylor, 2003), salvando algo que hasta ahora ha sido un problema no resuelto: cómo ajustar las rutinas escolares para que la introducción de trabajos en salud mental no genere problemas en la adquisición de los objetivos pedagógicos (Weist et al., 2014).

El modelo de Salud Pública permite llegar a más población, al mirar lo sano y tomar la población como persona de intervención y como prioridad mostrando interés por los factores de riesgo y de protección, pues la idea central es la intervención temprana, la promoción, la prevención (Strein, Hoagwood y Cohn, 2003) y el fomento de la participación de las personas en la solución de sus propios problemas (Weist et al., 2014). Valga como ejemplo de esta necesidad de prevención el bajo porcentaje de niños que reciben atención, precisándola, en salud mental, en EE.UU. (Forness, Freeman, Paparella, Kauffman y Walker, 2012) está entre el 6% y el 25% y en nuestro país la masificación y la falta de recursos que hace que se produzcan grandes retrasos, y las personas desistan de buscar esta asistencia, produciéndose una nueva gran minoría de personas sin atención, pero con necesidad.

La realidad que percibimos, es que hay que ser muy prudentes a la hora de trasladar otras experiencias a nuestro entorno, pues, en concreto en salud, tanto en prevención como en intervención ante problemáticas diagnosticadas, la política de programas basados en la evidencia, tiene mucho que ver con el sistema de seguros y estrategias de salud en EE.UU. y, a priori, tampoco tiene mucho que ver la cultura anglosajona con la latina. Es cierto que en Europa se está trabajando por favorecer la Promoción de la Salud con políticas de equidad como queda plasmado en el *Health Behaviour in School-Aged Children* (WHO (OMS), 2012), no obstante, los cambios políticos en los estados miembros y el poder de la globalización, no permiten hacer predicciones fácilmente conseguibles, así que volvemos a quedarnos sin definición clara de qué hacer.

Sólo implementar aquellos programas ya testados, puede conllevar la desventaja de la aplicación de esos programas en contextos distintos a los originarios y sobre todo una bajada en la creatividad y el ajuste a las circunstancias concretas que han motivado la intervención (Zazzali et al., 2008). Incluso esta situación está dando pie a un emergente campo de estudio, la ciencia de la implementación (Sorensen y Kosten, 2011), sobre las barreras y caminos a la hora de implementar una práctica con éxito y sobre todo para conseguir una financiación pública, que en muchos casos es de lo que se trata. Y aunque no se haga referencia a los recursos necesarios para mantener los logros conseguidos en las políticas de protección a la infancia, es importante seguir reivindicando inversiones en la adolescencia, pues sin ellas, lo conseguido, desaparecería (WHO, 2012).

De acuerdo con Hoadwood y Johnson (2003), cuando se trabaja en la comunidad, hay que bajar los criterios de fiabilidad, en función de la utilidad, porque en último caso, siempre seguimos avanzando por el sufrimiento humano y no tanto por la confianza en la necesidad de adelantar la intervención, de prevenir (Weist et al., 2014).

No es mi pretensión ofrecer este trabajo como ajustable a esta filosofía, porque sus acciones no coinciden con los criterios que se establecen para ser catalogado como tal, pero sí es una experiencia a poder trasladar a otros servicios a la Comunidad. Mientras se llega a la más deseable e inalcanzable de las soluciones, la integración cotidiana de la salud, incluso la mental, en los itinerarios educativos.

En referencia a lo comunitario y al entendimiento de las situaciones familiares, están surgiendo nuevas perspectivas que nos hacen tener en cuenta variables que hasta ahora no eran muy usadas para explicar diferencias y que despiertan mi interés; es el sistema de valores de las familias respecto a la sociedad en que se desarrollan. Dos tipos dominan: las sociedades individualistas y las colectivistas. La primera se caracteriza por la creencia en la libertad individual, la autonomía en las decisiones, el rendimiento basado en el logro individual y el propio interés, constituyendo en muchos casos un factor de riesgo (Carlo y de Guzman, 2009) cuando la competencia se convierte en competitividad. Por su parte, el estilo de sociedad colectivista promueve el desarrollo del “yo independiente” a través del compromiso con los valores de la cooperación, el mutuo apoyo, las relaciones armoniosas y la primacía de conexiones de grupo, enfatizando los lazos familiares y un mayor respeto a la autoridad de los adultos, en principio, factor de protección, y también posible factor de riesgo si la autoridad se convierte en autoritarismo.

Qué duda cabe que en sociedades cada vez más mezcladas, en las que coexisten los dos sistemas, también lo más importante sería conseguir un equilibrio (Peterson, 2009; Rothbaum y Trommsdorff, 2007; Triandis, 2001) y si no se consigue, al menos, es importante tener en cuenta este factor, a veces determinante sobre otros influenciados por el contexto. Depende de dónde se ponga el énfasis, así se establecerá una cosa u otra como objetivo de alta prioridad a conseguir en la adolescencia (Peterson, 2009; Raef, 2006; Rothbaum y Trommsdorff, 2007) con el consiguiente miedo al fracaso si no se consigue este objetivo de logro. En no pocos casos, las decisiones respecto a la intervención son políticas y, es sabido,

que en política no hay una sola razón, sino uso de la propia razón, y si puede apoyarse en criterios técnicos, el error será menor.

Estos dos ejes, en algunos casos, mediatizan los estilos educativos y los tipos de conflictos familiares que se dan entre los adolescentes y los padres, aunque pueden servir de indicadores de detección de problemas en los adolescentes. Puede que esté ocurriendo, más a menudo de lo que sería deseable, una gran disonancia entre la educación que han recibido unos padres (analógica, colectivista) y los intentos de educar con otros valores y realidades (digital, individualista) a unos hijos en una sociedad mucho más distinta y cambiante, que la que ellos conocen y les ofrece seguridad. El papel educativo está en seria crisis, debido a estas disonancias y la percepción de ineffectividad de los padres. A este respecto, los comportamientos de los padres más estudiados en los Estilos Educativos, son el afecto y apoyo (Cusinato, 1998), criterios de protección/autonomía, control psicológico intrusivo, discusión y razonamiento, castigo y calidad de modelado positivo (Bush y Peterson, 2013; Gavazzi, 2011; Holden, 2010), aspectos que, posiblemente, habrá que actualizar más pronto que tarde.

1.2.- Procedimiento de trabajo (realidad de campo)

El año 1997 fue un año muy importante y productivo en España, al menos en lo que respecta a los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Surgen nuevas asociaciones de familiares y profesionales, se afianzan las que ya existían, se planifican congresos y reuniones de expertos, los medios de comunicación se hacen eco de la problemática, prevalencias, consejos, repuntes, incidencia, y en el caso concreto de Getafe, surge cierta alarma social que motivó en los servicios comunitarios (existía en el municipio en ese momento una Mesa Interdisciplinar de Salud) y en los representantes políticos la planificación del *Programa de Prevención en Trastornos de la Alimentación*, que continúa desde ese año hasta la actualidad (curso 2014-2015), y tal vez una de las experiencias primeras de prevención y detección precoz en el ámbito nacional. Esto pudo hacerse, en aquel momento, porque en la actualidad, como dice Gonzalo Morandé (1999), tal vez hay una sensación de vuelta atrás en la concienciación social y en la opinión que el entorno más cercano tiene del trastorno.

Una aportación al VII Congreso de INFAD llevaba por título “Los TCA como solución a la crisis de la adolescencia” (Gonzalo, 1997). Si uno no llega en situación de crisis a la adolescencia, incluso teniendo componentes suficientes para desarrollar un TCA, ¿sería posible que la adolescencia “sana”, positiva, vista como oportunidad más que como problema, sirva como factor de protección ante el desarrollo de TCA?

Debiéramos empezar a tener más en cuenta que estamos trabajando con la primera generación de adolescentes que tienen padres que a su vez fueron adolescentes y merece la pena estudiar estos efectos, pues determinadas actitudes, percepciones,

comportamientos, se verán matizados por el tránsito de los padres, no siempre sano, en esa etapa evolutiva.

Siempre son en primer lugar adolescentes, antes que buenos o malos hijos/as, alumnos/as, con un mundo interior caótico, en constante interrogación sobre quiénes son y en proceso de construcción de su identidad, de ahí que constantemente deban ensayar formas de ser (Feixa, 2003; Funes, 2003).

No es frecuente encontrar casos de TCA en culturas no occidentales (Bojorquez, 2013; Levine, Piran, y Jasper, 2015; Ruiz-Lázaro, 2004) y en los casos en que se encuentran, la sintomatología y entorno (patoplastia) es total y absolutamente coincidente con la observada en los TCA. Cabe plantearse las siguientes preguntas: ¿en estas sociedades existe adolescencia?, ¿es una adolescencia de ocio, consumo, entre otros, igual que la occidental?, ¿sería pues lícito pensar que antes que ser niñas que inician una anorexia nerviosa empiezan siendo adolescentes?

Es cierto que no existen evidencias claras de la efectividad o ineffectividad de los programas preventivos en TCA (Ruiz-Lázaro, 2000; Turón, 2009), aunque sí parecen bien establecidos los criterios precisos (Levine y Smolak, 2006), así, es posible que la detección precoz no sea todo lo eficaz que se desea (Stice, Shaw y Martí, 2007), y está todo armado para detectar señales que con los recursos adecuados de actuación queden en eso, en sólo signos de conductas o actitudes de riesgo de padecer un TCA.

“Al seguir el modelo de la enfermedad, la Psicología moderna está preocupada por la curación, es la Psicología reparadora, que ha hecho que la Psicología pierda su vínculo e interés por el conocimiento de los aspectos positivos”, así de tajante suena Seligman según citan Avia y Vázquez (1998, pág. 10), y es cierto porque depende de dónde pongamos el foco de atención podemos dar más prioridad a los riesgos que a la protección. Cuando a uno le interesa un fenómeno, encuentra ilustraciones de él en todas partes y es preciso, para no caer en el desánimo, cambiar el punto de vista, hasta para ofrecer las informaciones desde lo positivo, porque, ya de por sí, una puntuación alta se asocia a algo bueno, “lo poco no parece lo mejor”. De aquí que siempre he optado por ofrecer las puntuaciones, incluso significando riesgo, desde su lectura más optimista: “Hay un 60% de chicos que hacen... tienen...etc, en lugar de hay un 40% de chicos que no...”. Incluso en los resultados de los cuestionarios de Estilos Educativos he vuelto las puntuaciones del revés y en lugar de buscar el punto de corte de riesgo hacia arriba, lo he hecho hacia abajo y cuanto mayor es la puntuación, menor indicación de riesgo.

Hay muchas menos etiquetas/términos en el lenguaje coloquial para las emociones positivas que para las negativas y generalmente son más amplias y generalistas. No podemos olvidar que las emociones positivas influyen en los procesos de pensamiento, son pensamientos más creativos y flexibles y más cercanos a la felicidad que

dependerá de lo que consigamos, sí, pero también, y fundamentalmente, de nuestras expectativas ($F=C/E$).

Si algunas chicas y chicos van a sentirse “evacuados” (según Clauser 1961 referenciado en Carrillo, 2005) de su mundo, encontrando en la soledad y en las dietas una puerta de entrada a los TCA, nos interesa conocer y analizar cuál es el micro-contexto (Carrillo, 2005) que hace que algunas personas expuestas a los mismos medios de comunicación, modas, estresores sociales, etc. que los demás, caigan del lado de la enfermedad y las otras adolescentes no.

Aunque no hay mucha evidencia (Newton y Ciliska, 2006; Stice et al., 2007) del posible efecto iatrogénico (estropear más de lo que podemos arreglar) que conlleva trabajar sobre factores influyentes en los TCA y, si es cierto que la adolescencia es un factor importante en el desarrollo de los TCA, ¿podríamos conocer los factores que en la adolescencia correlacionan positivamente como protección de padecer TCA y trabajar sobre ellos para evitar así esos efectos iatrogénicos? Aun así es recomendado que este tema se aborde con mucha cautela (O’Dea, 2002).

Así, sobre muchas dudas y algunas certezas se inició en el curso 1997-1998 el programa de prevención que justifica este trabajo de Tesis, *Programa Preventivo y de Salud con Adolescentes. Detección precoz en Trastornos del Comportamiento Alimentario*.

Desde un modelo de intervención preventivo-comunitaria (Costa y López, 2006), el objetivo básico es la promoción de la salud y la prevención de posibles trastornos para conseguir una calidad de vida más elevada en las personas, de ahí que lo más indicado a trabajar, sea la Prevención Primaria: Acción directa en la reducción de la incidencia del trastorno al actuar sobre los factores que pueden desencadenar la enfermedad.

En este sentido, se pueden potenciar los “estilos de vida saludables”, mediante la educación y facilitación de habilidades de comportamientos adaptados, no patógenos, sin limitar el comportamiento a aspectos individuales, ya que las actuaciones ocurren como producto de la interacción de grupos humanos (Costa y López, 2006).

Se facilita la interacción entre el individuo y su medio, dotándole de habilidades de adaptación (habilidades para resolver sus propios problemas), modificando comportamientos e influyendo sobre las características del ecosistema (Bronfrenbrenner, 1979), pero también es preciso incidir sobre las poblaciones diana, donde se detecta mayor incidencia del problema (Tudge, Mukrova, Hattfield y Karnik, 2009).

Por comprimir lo expresado, atendiendo a los objetivos de toda intervención comunitaria, las características específicas más destacables de la intervención educativo-preventiva son:

- Potenciar el desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas y grupos.
- Analizar las situaciones y condicionamientos que perturban e impiden hábitos saludables en los adolescentes.
- Prevenir situaciones que pueden generar conflictos.
- Se apoya en y parte de los recursos personales.
- Es optimista respecto a las posibilidades de cambio y mejora de los seres humanos.
- Se basa en la participación activa de las personas en la solución de sus propios problemas.
- Utiliza todos los recursos disponibles (profesionales o no), para aumentar las competencias de las personas.
- El técnico es un asesor no sólo un entendido experto que busca la problemática donde se da, no espera a la consulta.

Y por esto, el enfoque preventivo-educativo de nuestro programa:

- Realiza ofertas planificadas que se concretan en acciones integrales desde una perspectiva interdisciplinar con una conceptualización y estrategias complementarias.
- Requiere de una definición política que favorezca la puesta en marcha de los proyectos en los que ha de participar la comunidad. Actuaciones políticas/sociales.
- Centra sus esfuerzos en la prevención/promoción de recursos y transformación de las condiciones que generan problemas. Implica estudio de necesidades y recursos.
- Mantiene una constante investigación interdisciplinar de la realidad social, de los sectores de población.
- Fomenta el bienestar bio-psico-social del individuo, del grupo y la colectividad.

La edad de referencia de este trabajo (12-15 años), es bastante importante, pues es en la pre-adolescencia y en la adolescencia temprana cuando suelen hacer su aparición los primeros síntomas claros de una futura enfermedad, que puede continuar hasta la edad adulta (WHO, 2012), se transforma el cuerpo vertiginosamente o se espera/necesita esa transformación que no llega, la forma de pensar y poder recurrir a otros esquemas cognitivos hacen que el adolescente se considere único e inviolable y, en nuestro entorno, se produce un cambio bastante crucial del que no siempre somos conscientes, se abandona la cercanía y protección del colegio, para pasar a la necesidad de autocontrol y autoprotección en el instituto, cambian los amigos, las formas de aprender, las edades se mezclan... un pequeño “caos” que no todos saben gestionar apropiadamente.

Si tomamos en cuenta que la mayor parte de adolescentes está en una crisis “normativa” y, por suerte, sobrepasan esta etapa sin mayor dificultad, dando paso a otra etapa de la vida (Gullota, Plant y Evans, 2015), debemos pensar que merece la pena seguir con la idea de que son personas en construcción, que el efecto de la acción de sus padres sobre sus comportamientos sigue siendo muy importante y que nuestra labor de acompañamiento, formación y cambio de percepciones y creencias es ventajosa para ellos, sus familias y la comunidad.

Partiendo del supuesto de que la prevención comenzó cuando el ser humano se hizo consciente de la inevitabilidad de la enfermedad (Buela, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997), ser conscientes de la inevitabilidad de la adolescencia y sus características, nos haría empezar a prevenir sus efectos.

Así, el programa que sustenta la investigación, está dirigido a los adolescentes (12-16 años) e implica a los agentes educativos (padres, profesores) y sociales (servicios, instituciones, entre otros) que directa o indirectamente están relacionados con ellos.

La elección de los adolescentes como población diana se justifica por la confluencia en este momento evolutivo de distintos factores de riesgo, entre otros:

- La búsqueda de identidad y configuración de su propia personalidad que implica hacer frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Búsqueda de autonomía.
- Necesidad de toma de decisión y elección personal ante distintos temas.
- Cambios en el esquema corporal, la autoestima, relaciones sociales.
- Conformación e instauración de muchas de las habilidades y hábitos que van a necesitar para la incorporación al mundo del adulto, para la consecución de una vida personal, social y laboral adecuada.
- En lo académico, el paso a la Enseñanza Secundaria y la adaptación al nuevo contexto educativo.

Por estas razones se trabajan además, directamente en el programa o a través de otros programas del mismo Servicio Educativo, algunos aspectos que tienen relación con el desarrollo personal, social y ambiental de los adolescentes (estudios, trabajo personal, relaciones sociales y familiares, sexualidad, salud, entre otros temas).

Una vez que las características del trabajo (prevención, detección, comunitario) quedan explicitadas y antes de analizar los datos y reflexiones a que se pueden llegar, creo que es preciso explicitar mi visión del adolescente para entender mejor la decisión de intervención en este tema y en esta edad. Dado que la preocupación fundamental es sobre el Trastorno de la Alimentación, ¿podemos aislar la problemática específica de los Trastornos del Comportamiento Alimentario de algo más general como es la adolescencia?

CAPÍTULO 2

CAPÍTULO 2.- La problemática de la adolescencia

La idea de trabajo con base en la atención a la psicopatología del desarrollo (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, y Kurtz, 2002), se basa en cuatro principios a tener en cuenta ante la valoración de cualquier patología:

- Necesidad de conocer la historia particular y experiencia pasada de los adolescentes.
- Exigencia de discriminar entre psicopatología o respuesta adaptativa “normal” ante una dificultad o circunstancia adversa.
- Existencia o no de factores asociados a la edad (inmadurez, retraso...) más que a la patología que pueden explicar diferencias interpersonales.
- Posibles factores asociados al contexto del niño, especialmente en el más cercano y de cuidado que explican mejor la situación.

Los estudios epidemiológicos sobre las principales causas de mortalidad adulta (enfermedad coronaria, cáncer, enfermedad pulmonar y derrame cerebral) han puesto de relieve que muchos de sus factores de riesgo son conductuales y como hábitos tienen su origen con frecuencia en la adolescencia (Chen y Kandel, 1995).

Surge en este punto una idea interesante cercana al término Coprevenir (Buela et al., 1997) y semejante a la idea de Comorbilidad definida como la coocurrencia simultánea de síndromes diferentes en una misma persona; podríamos hablar de que en la adolescencia se da **coproblematicidad**, porque todo está interactuando y además los padres suelen añadir tensión al querer introducir variaciones en este tiempo de cambios, no prestando ninguna atención al sabio consejo de S. Agustín (“en tiempos de cambio, no hacer mudanzas”).

Por lo que respecta a los estudios de salud y de prevención, la adolescencia ha sido un período frecuentemente olvidado, probablemente porque las tasas de mortalidad y morbilidad son bajas con relación a otros momentos evolutivos (Williams, Holmbeck y Greenley, 2002). Sin embargo, la tendencia está cambiando, al considerar la adolescencia como un período fundamental del desarrollo para los diversos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, y como un período ideal para la prevención.

A pesar de este olvido en salud, en general, en los últimos 20 años, la Psicología ha mostrado un interés creciente por el estudio de la adolescencia (Blakemore y Mills, 2014; Collins y Steinberg, 2006; Gullota, Plant y Evans, 2015; Hassan, 2015; Lewis y Rudolph, 2014; Smetana et al, 2006; Steinberg y Morris, 2001; WHO, 2012). También es un período en el que cambian las relaciones con los padres, pero se mantienen muchos de los rasgos establecidos en la niñez (Collins y Repinski, 1994; McGue et al., 2005; Oliva, 2006) y aunque no lo parezca, la familia es una de las cosas importantes del adolescente y hay algo que aunque no pidan, debemos ofrecerles, tiempo y modos adecuados de

comunicación (Klebanov y Travis, 2015; Levine, Piran, y Jasper, 2015; McElhaney, Allen, Stephenson y Hare, 2009; Peterson, 2009). Sobre todo hay que saber escucharlos, no juzgarlos y refrenar nuestras esperanzas y expectativas o al menos ponerlos en sintonía con sus motivaciones, capacidades. El objetivo y la necesidad fundamental del adolescente es ir autoafirmándose personal y socialmente en un proceso constante de cooperación. Estas mismas características podrán servir para conseguir un entorno estable, afectivo-emocional potente en toda la parte educativa-instruccional de la escuela, espacio tan vital y en el que pasa el adolescente gran parte de su tiempo diario. Es importante apuntar en este momento que tanto los padres como el adolescente participan activamente en el proceso de redefinir su relación, no sólo entre ellos, sino entre ellos y la sociedad (Marina, 2004).

Como en casi todo, también al hablar del adolescente se pueden decir muchas cosas, según la posición teórica, práctica, ideológica, etc. La literatura científica da un poco para todo, si quieres, puedes apuntarte a que ya no es tan tremenda la adolescencia, a que la idea de “tormenta y vértigo” ha sido rechazada a favor de una visión más positiva en la que se tienen en cuenta las diferencias individuales (Arnett, 1999; 2004) y no es tan excesiva aunque sigue siendo una etapa difícil (Casco y Oliva, 2005), o bien a la idea de que la adolescencia sigue siendo esa etapa de transición (Motrico, Fuentes y Bersabé, 2001) marcada por la inestabilidad y la provisionalidad, donde cristaliza casi todo o aparecen la mayor parte de comportamientos de riesgo o bien, periodo de múltiples duelos (Siverio y García, 2007), o que es el período del desarrollo, junto a la infancia, que se caracteriza por más cambios biológicos, psicológicos y sociales (Holmbeck, 1994; Lerner, Villarruel y Castellino, 1999) y también, por qué no, a que la adolescencia es una etapa en toda regla con sus características propias y específicas, con sus tiempos y sus ritmos y que los adolescentes son “majos”, caóticos, pero en construcción (Funes, 2003).

Por otra parte, la importancia concedida tradicionalmente a las hormonas, como responsables de la “turbulencia de la adolescencia”, está siendo desplazada por otras consideraciones en las que lo social tiene una influencia mayor, las aproximaciones ecológicas (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner y Morris, 1998) continúan dominando el campo, ampliándolo a las aproximaciones contextuales y a las interacciones entre múltiples contextos. Por otra parte, el interés en la teoría del apego más allá de la infancia ha llevado al análisis del desarrollo desde el punto de vista relacional (Collins y Steinberg, 2006), mediante el análisis de las relaciones con padres, iguales y parejas y también se observa la mayor presencia de estudios longitudinales, imprescindibles para el análisis de estas relaciones y un aumento en la complejidad de la investigación (Brown, 2005).

Sea como sea y nos adscribamos a la idea que nos adscribamos, es difícil no coincidir con aquellas personas que piensan que el adolescente no es un problema, sino una situación, no es un riesgo, sino una oportunidad de aprender habilidades para controlar los riesgos, y pensar que hay algo seguro: depende mucho de cómo veamos al adolescente, así nos veremos frente a él o ella y sufriremos o disfrutaremos. La percepción que los adultos tenemos de ellos y la que ellos tienen de nosotros

(heteropercepción) no suelen coincidir mucho, y es importante conocerla para poder entendernos.

Por tomar un punto de vista que defina, una primera cosa a dudar, es que la adolescencia sea un periodo de transición, de paso de un momento evolutivo a otro, sino que parece ser un tiempo social en el que hay que dedicarse a ser adolescente y entender esto, sobre todo para los padres, es bastante novedoso, aunque creen que pasan directamente de “la edad del pavo” a “sentar la cabeza”.

Es fundamental saber que son chicos/as de ahora y de aquí, conocer y comprender la complejidad del mundo adolescente, el entorno en el que viven, el momento social determina su forma de estar, porque aún no son, sino que viven situaciones más o menos gratificantes y/o problemáticas y que igual que vienen se van. Todo es provisional.

Ante esta provisionalidad hay que estar atentos, puesto que el adulto no está físicamente en el nuevo escenario info-comunicacional de los adolescentes, ni en su espacio cibernético. Según un primer informe de la Fundación Santa María sobre impactos de las nuevas tecnologías (2001) no hay conflictividad intergeneracional en el interior de la familia, simplemente porque no hay comunicación intergeneracional en muchos casos debido a la “cultura de dormitorio” de la que habla Leslie Haddon (Marina, 2006), potenciada por el uso del móvil y los teléfonos inalámbricos.

Los adolescentes son personas que descubren, que experimentan, aunque a los adultos esto les angustie. Aun así, esta experimentación es necesaria hay que dejar que se equivoquen y a la par ayudarles a sacar provecho de toda esa experimentación. Tarea no siempre fácil.

La explicación usual de este cambio de perspectivas en el estudio de las conductas problema, se debe, en parte, a que muestras anteriores tendían a ser clínicas, mientras que las actuales son de estudios comunitarios “normalizados” (Steinberg, 2004). Como señalan Steinberg y Morris (2001) han predominado los estudios sobre adolescentes problemáticos: consumidores de sustancias, delincuentes, etc., tal vez por ser los más habituales en la financiación de la investigación. El triunvirato familia-pubertad-conducta problema (padres, problemas y hormonas) ha sido el gran protagonista, pero refleja una caracterización parcial. Es necesario hacer más investigaciones sobre el desarrollo normativo de los adolescentes.

Los estereotipos sobre la adolescencia problemática abundan en la sociedad. “Los adolescentes felices, como los pueblos felices, no tienen historia” (Marina, Rodríguez de Castro y Lorente, 2015). El cine, la TV y los medios de comunicación en general siguen mostrando este período como turbulento, con conductas problema, rebeldía, rechazo a los padres y presión de los grupos de iguales. No sorprendentemente, padres y otros

adultos mantienen este estereotipo, que incluye conductas problema, rebeldía y adaptación a los iguales (Buchanan y Holmbeck, 1998; Casco y Oliva, 2005).

Así pues, la Adolescencia como caldo de cultivo de conflictos, puede tener, al menos, dos formas de verse:

- Los múltiples cambios que se producen a todos los niveles (físico, cognitivo, social, emocional, familiar) inevitables, no siempre deseables pero necesarios, se toman como **preocupación**, con alarma y con la **visión única del riesgo**, lo que nos lleva a “magnificar” los problemas y a “ver” solamente las dificultades.
- Esos mismos cambios que producen crisis, se “ven” como una **oportunidad de aprendizaje**, de exploración de la propia identidad, de entrenamiento de habilidades y sobretodo de preparación de capacidades para que el adolescente sea autónomo a la hora de **gestionar sus propios riesgos**, objetivo último de la educación.

Podría parecer que en esta tarea poco espacio nos queda a los que estamos fuera de la familia y no podemos establecer normas, límites y estrategias educativas de convivencia, pero es muy importante pensar de manera optimista sobre la adolescencia y nuestro papel en su desarrollo, aun participando como agentes de influencia muy externa, porque posibilidades, aunque sólo sea de acompañamiento e información, existe.

A continuación se presenta una breve revisión de la literatura sobre la adolescencia, que motivó, en parte, algunas de las cuestiones planteadas en el presente trabajo de Tesis.

2.1.- Los cambios en la adolescencia

Enormes cambios biológicos, cognitivos y psicosociales marcan el final de la niñez y el comienzo de la adolescencia. Biológicamente, la temprana adolescencia es definida por la aparición de la pubertad, un período caracterizado por cambios muy rápidos. Cambios hormonales y somáticos ocurren en altura, peso, composición corporal y capacidad reproductiva. La maduración puberal está asociada con la aparición de la actividad sexual y otros cambios comportamentales, tales como la participación en actividades sociales con los iguales.

El funcionamiento cognitivo se desarrolla durante la adolescencia, permitiendo la capacidad para planificar el futuro, pensar hipotéticamente y el razonamiento abstracto. Esto trae implicaciones para la práctica de la prevención, ya que los adolescentes pueden plantearse las ideas de forma crítica y conceptualizar las consecuencias a largo plazo de las conductas de riesgo e imaginarse a sí mismos como adultos (Steinberg, 1991). También

suelen aparecer sentimientos de invulnerabilidad a las conductas de riesgo (Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993).

En las chicas se encuentra un aumento de agitación psicológica mayor que en los chicos en la transición a la escuela secundaria (Hirsch y Rapkin, 1987). Las diferencias de género¹ en síntomas de depresión y hostilidad emergen al principio de la adolescencia y las chicas parecen más vulnerables que los chicos (Simmons, Burgeson, Carlton-Ford, y Blyth, 1987).

Puesto que las chicas alcanzan la pubertad antes que los chicos experimentan a veces mayores problemas durante las transiciones escolares. Los múltiples cambios escolares producen descensos en el rendimiento y la asistencia al instituto para algunos estudiantes (Felner, Primavera y Cauce, 1982).

2.2.- El impacto de la pubertad

Tradicionalmente ha sido este uno de los aspectos más estudiados desde la Psicología del desarrollo. Parte de la investigación ha puesto el acento en cómo la pubertad modifica las relaciones de los adolescentes con los padres. Parece que la pubertad hace que aparezca una relación más igualitaria y una mayor influencia de los adolescentes en la toma de decisiones familiares.

Otro tema muy explorado y en bastante relación con algunas de las variables de riesgo que estudiaremos (imagen corporal, insatisfacción, miedo a madurar, entre otros) ha sido el de las diferencias sexuales en su desarrollo e impacto, encontrándose bastantes diferencias. Los chicos que maduran tardíamente tienen menor autoestima y más sentimientos de inadecuación, y los que maduran temprano son más populares y tienen mejor autoestima (Petersen, 1985), pero a su vez, mayor riesgo de conductas problema, probablemente por la asociación con amistades mayores (Silbereisen, Petersen, Albrecht y Kracke, 1989). Por el contrario, las chicas de maduración temprana tienen problemas emocionales, menor autoestima y mayores tasas de depresión, ansiedad y problemas de alimentación. También es probable que se impliquen más en conductas antisociales, pero parece que esto está relacionado más con la presencia de problemas anteriores a la adolescencia.

¹ Solo en este caso, por facilidad de lectura, utilizaré el género como sinónimo de sexo, pero no hay que olvidar que el género es un constructo cultural y que masculino o femenino, se refiere al sexo, pues puede ocurrir que personas del sexo masculino/femenino, respondan en sus pensamientos, actitudes y comportamientos como personas del género femenino/masculino (Bonino, 2001). En la parte de exposición, análisis de datos y resultados, haré siempre mención expresa al sexo, porque eso es lo que se ha preguntado en los cuestionarios (hombre o mujer).

También se han estudiado los efectos de la pubertad sobre los cambios de humor y el desarrollo emocional. La influencia sobre los estados de ánimo es menor de lo que se creía tradicionalmente, aunque se ha estudiado poco separado de los afectos negativos y no parece más característico de la adolescencia que de la niñez (Buchanan, Eccles y Becker, 1992)

Cuando se han encontrado relaciones con las hormonas es sobre todo en la temprana adolescencia, donde las fluctuaciones hormonales están asociadas con mayor irritabilidad y agresión en los chicos y depresión entre las chicas (Buchanan et al., 1992). No obstante, la variación en los niveles hormonales explica solamente un débil porcentaje de la varianza en los afectos negativos de los adolescentes explicando las influencias sociales y el temperamento mucho más (Brooks-Gunn y Reiter, 1990). Puede que los cambios hormonales y sus efectos sobre el cuerpo tengan influencia en los trastornos de alimentación en las chicas por su mayor interés en las apariencias y en las relaciones románticas, pero este tema no ha sido suficientemente investigado.

2.3.- Las conductas “problema” y la adolescencia

La investigación de los años 80 y 90 sobre la adolescencia estuvo dominada en gran medida por el análisis de las denominadas “*conductas problema*” (Gullota, Plant y Evans, 2015; Jessor y Jessor, 1977), caracterizadas por el consumo de sustancias, conductas sexuales inadecuadas y conducta antisocial. La investigación hoy continúa, dada la importancia de estas conductas en la prevención, pero con un matiz diferente. En la actualidad se piensa que es necesario distinguir entre la experimentación ocasional y los patrones duraderos de conductas problema. Muchos estudios de prevalencia indican que las tasas de experimentación ocasional con el consumo de sustancias son las más frecuentes (Johnston, Bachman y O'Malley, 2003).

Muchos de los problemas de la adolescencia son transitorios y se resuelven al comienzo de la adultez con pocas repercusiones a largo plazo.

Deben distinguirse además los problemas que surgen en la adolescencia de otros que tienen su origen en períodos más tempranos. La conducta antisocial suele surgir antes (Moffins, 1993). La depresión y otros problemas de internalización durante la adolescencia suelen mostrarse en personas que han tenido algún problema durante la infancia, como trastornos de ansiedad (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan y Slattery, 2000). El hecho de que un problema aparezca en la adolescencia no implica que sea de la adolescencia. También se ha prestado atención al desarrollo de los problemas de externalización y de internalización, mostrando los primeros una forma de U invertida, con un pico en la adolescencia media; por el contrario, los problemas de internalización suelen mostrar una tendencia creciente. Según la Organización Mundial de la Salud, entre un 10 y un 20% de los adolescentes europeos padecen algún problema de salud mental y

advierte que en el 2020, será la primera causa de discapacidad entre los jóvenes (WHO, 2012).

En relación con la asunción de riesgos la evidencia sugiere algún grado de exagerada exuberancia de los propios adolescentes durante el periodo, con sobre-representación en numerosas categorías de conductas imprudentes e irresponsables (Arnett, 1999, 2004; Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993). Una gran parte de los adolescentes pueden admitir romper una regla o cometer un acto considerado desviado; sin embargo, para la mayoría estas no son conductas frecuentes y la mayor parte de los adolescentes no participan en conductas antisociales. Las conductas de riesgo son las que reflejan búsqueda de sensaciones e impulsividad, como delincuencia, uso de drogas y prácticas sexuales promiscuas. No obstante, no se ha confirmado que la mayoría de los adolescentes deban embarcarse, y de hecho se embarquen, en estas conductas, que pueden estar influidas por el urbanismo, el estatus socioeconómico y los estilos educativos (Buchanan, Eccles y Becker, 1992).

2.4.- El “yo” y la autoestima

Las personas somos en parte aquello que nos adjudican, la identidad que nos devuelven, la confianza que nos depositan, algo importante a tener en cuenta cuando se trata de alguien que está en plena construcción de su forma de ser, con un auto-concepto poco realista y con una autoestima que varía según las circunstancias.

La adolescencia es un período en el que las personas comienzan a explorar y examinar las características psicológicas del yo para descubrir quiénes son, y cómo se encuentran en el mundo en que viven. El auto-concepto comienza a estar más caracterizado y mejor diferenciado. Se evalúan a sí mismos de forma global, pero también en diferentes dimensiones, dada la diferenciación que surge en el período: académico, atlético, deportivo, social, entre otros, y se encuentran diferencias intra-individuales entre los diferentes dominios.

En general, parece que la autoestima global permanece estable durante la adolescencia y aumenta algo a lo largo del período (Harter, 1998), aunque hay diferencias individuales en la estabilidad de la autoestima (Alasker y Olweus, 1992). Los varones tienen más autoestima que las mujeres (Kling, Hyde, Showers y Buswell, 1999). También se han encontrado relaciones con otras variables como el grado de aprobación de los padres, el apoyo de los iguales, así como con el ajuste y éxito en la escuela (DuBois, Bull, Sherman, y Roberts, 1998).

2.5.- Las relaciones con los iguales

Tradicionalmente existía la visión de que la cultura de los iguales representaba una fuente negativa de influencia (Coleman, 1961); en la actualidad, las evidencias derivadas de la investigación no apoyan esta postura. Los iguales influyen en los adolescentes de forma tanto positiva como negativa (WHO, 2012). Influyen en el rendimiento académico y en la conducta prosocial (Mounts y Steinberg, 1995), así como en conductas problema como son el consumo de sustancias y las conductas delictivas (Urberg, Degirmencioglu, Tolson y Halliday-Scher, 1995). Durante años se ha insistido mucho en la presión coercitiva por parte del grupo, pero la investigación actual no apoya dicha creencia, ya que no suele haber coerción en la presión, sino admiración y respeto de opiniones (Hartup, 1996). Se han encontrado algunas diferencias en relación con la presión, como que ésta parece ser mayor durante la adolescencia media, decreciendo posteriormente (Brown, 1990). También se ha encontrado una mayor susceptibilidad a la presión en aquellos adolescentes que han tenido un historial de problemas de externalización (Pettit, Bates, Dodge y Meed, 1999).

Padres e iguales influyen en áreas diferentes del adolescente. La influencia puede ser desde la presión directa a fuentes mucho más indirectas de influencia (Brown, 2005). Tres niveles de relaciones de iguales han sido descritos: el diádico, incluye la amistad entre los adolescentes, las relaciones románticas y las pandillas (Brown, 2005).

La investigación confirma que durante la transición a la juventud, los adolescentes están cada vez más tiempo con amigos y menos con los padres (Larson y Richards, 1994). Se ha encontrado que las relaciones de los adolescentes con los padres influyen en sus interacciones con los iguales (Brown, Mounts, Lamborn y Steinberg, 1993). Los adolescentes con familias que les apoyan parecen ser más competentes en las relaciones con los iguales (Mounts y Steinberg, 1995), y los procedentes de familias menos adaptadas están más sometidos a la influencia del grupo de iguales (Gauze, Bukowski, Aquan-Assee y Sippola, 1996).

2.6.- Las relaciones de los adolescentes con los padres

Aún siguen congeniando tres formas de ver la adolescencia por parte de los padres, a) más antigua dominada por la idea de agitación inevitable (Arnett, 1999) actualizada por la menor influencia de la familia, productora de la inseguridad y el estrés, y por el creciente número de separaciones (Gavazzi, 2011; Laursen y Collins, 2009), b) una visión que ofrece mayor importancia al cambio hormonal, impulsos sexuales, cambiantes expectativas sociales, entre otros (Peterson, 2005), y por último, c) una visión más equilibrada y positiva (Masten y Schaffer, 2006; Peterson y Bush, 2013a), que muestra que las diferencias de opinión son mayores entre los propios adolescentes que entre los adolescentes y sus padres (Gavazzi, 2011). A pesar de estas variaciones, la crianza de los hijos dentro de las familias que fomentan la competencia social y la

adquisición coherente de normas, promueve adolescentes con mayor capacidad de recuperación y afrontamiento, habilidades básicas de la prevención.

Como ya se ha señalado, aparentemente pasan de los padres, y no los respetan, pero no es así, buscan y necesitan la seguridad que ellos proporcionan (McElhaney et al., 2009; Peterson, 2009; Laursen y Collins, 2009).

Desde los comienzos de la investigación sobre la adolescencia, la relación con los padres, ha sido uno de los temas más estudiados y continúa siéndolo en la actualidad. Steinberg (2004) señala que en las dos últimas décadas ningún área de investigación fue tan importante como la familia. Destaca que el 28% de los artículos de *Journal of Research on Adolescence* son sobre esta temática, así como en torno al 34% de *Child Development* y en *Developmental Psychology*, estando la mayor parte centrados en el período de la adolescencia. Estas investigaciones son de las que más han contribuido a la leyenda de la “turbulencia” (*storm y stress*) de la adolescencia (Oliva, 2006), alimentada desde el trabajo pionero de Hall (1904). A pesar de décadas de investigación psicológica en contra, la percepción persistente en la cultura popular es que la adolescencia es un período difícil, turbulento y caracterizado por la desobediencia a los padres y las relaciones conflictivas. No obstante, estas conductas de rechazo a los adultos o aparente separación de los padres son la excepción más que la norma, ya que solamente una pequeña proporción de adolescentes (5-15% según la muestra utilizada) experimentan agitación emocional y relaciones conflictivas con los padres y las dificultades extremas típicamente tienen su origen antes de la adolescencia (Collins y Laursen, 2004).

Existe un creciente consenso de que el cerebro de los adolescentes es muy influenciable por las interacciones sociales, según se van produciendo, especialmente entre adolescentes y padres (Cozolino, 2006; Dahl, 2004; Spear, 2010), pero la edad que nos ocupa (12-16 años) parece estar más bien influenciada por las emociones que por la razón, cambio que se produce hacia el final del periodo según va avanzando la adolescencia (Giedd, 2008; Spear, 2010), aspecto importante en nuestro caso, pues hay que tener en cuenta además la confusión emocional puede producir el riesgo de TCA (Calvo et al., 2014).

No obstante, las relaciones padres-hijos experimentan cambios importantes durante la adolescencia, y para los padres es el estadio educativo más difícil (Buchanan et al, 1990). Los adolescentes pasan progresivamente menos tiempo con los padres y más tiempo con los iguales (Larson et al., 1996). Los estados emocionales negativos aumentan en este período, aunque la tendencia cae en la última etapa de la adolescencia (Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2002). En general, los conflictos es aspecto muy importante entre los adolescentes y sus padres, se producen más en la adolescencia temprana, decayendo posteriormente (Laursen, Coy y Collins, 1998; Steinberg, 1988). Con frecuencia, los conflictos implican cuestiones menores y no son duraderos ni dominantes. Las relaciones familiares tienden a transformarse de más jerárquicas a más igualitarias (Youniss y Smollar, 1985).

El conflicto adolescente-familia es un componente integral, normativo e inevitable del desarrollo, pero estos conflictos no son necesariamente problemáticos para la relación (Adams, Montemayor y Gullotta, 1989). Muchos chicos y chicas llegan a la adolescencia manteniendo un buen clima en las relaciones familiares. Aunque inicien nuevas e importantes relaciones afectivas con amigos y parejas, mantienen los lazos afectivos con sus padres, que continúan siendo una de las principales fuentes de apoyo emocional. Permanecen en el hogar hasta casi la edad adulta, piensan de forma similar a la de sus padres y se sienten muy satisfechos en las relaciones con ellos (Motrico et al, 2001; Oliva, 2006; Palacios, Hidalgo y Moreno, 1998). El conflicto también desempeña un rol adaptativo en el desarrollo del adolescente, y en el funcionamiento familiar ya que contribuye a la génesis de las habilidades generales para la resolución de problemas manteniendo la relación (Steinberg, 1990).

El peso de la evidencia indica que la mayoría de los padres y los adolescentes, comparten puntos de vista básicos, incluso creencias y actitudes en lo importante, y es en cuestiones cotidianas y de vida personal, como tareas domésticas, reglas familiares, hábitos personales, relaciones sociales y obligaciones familiares (Allison, 2000; Motrico et al., 2001; McGurk, 1989), en lo que surgen más conflictos si no sobrepasan el grado de moderado, pueden fomentar formas de adaptación al cambio en las relaciones entre padres y adolescentes (Smetana, Daddis y Chuang, 2003; Smetana y Villalobos, 2009). El significado de los conflictos depende en parte de la calidad de las relaciones padres/hijos y no es el conflicto en sí el que produce resultados negativos, sino la forma de manejarlos, que pasa por revisar las expectativas y renegociar la autonomía, las normas y límites, etc. Incluso llevado al extremo, el conflicto y su solución pueden servir para reequilibrar el sistema familiar (Collins y Steinberg, 2006; Gavazzi, 2011).

Es importante reflexionar que los conflictos familiares pueden darse dependiendo de cuál sea la percepción que se mantenga en los miembros de la familia sobre el estilo educativo de los otros (Smetana y Villalobos, 2009), y que esta percepción es menos distante entre las culturas más colectivistas (Chung, Flook y Fuligni, 2009; Peterson y Bush, 2013a) dado que, en ellas, los adolescentes no necesitan tan imperiosamente buscar su independencia.

Todo esto indicaría que una de las mejores soluciones sería fomentar mecanismos de relación más que habilidades del manejo de conflictos, pero este aprendizaje aún sigue siendo muy necesario para no permitir que los conflictos lleguen a tener una frecuencia alta y niveles graves (Collins y Steinberg, 2006) y esto siempre será más efectivo de manera preventiva en los momentos en que los conflictos pueden surgir (infancia) que cuando ya se instauran (adolescencia) (Peterson y Bush, 2013a).

En estudios epidemiológicos se ha puesto de relieve cómo las relaciones con los padres y sus expectativas sobre los hijos son predictores significativos de múltiples conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco, drogas y temprana actividad sexual)

(Resnick et al., 1997). De igual forma, las conductas de apego se relacionan con muchos aspectos psicológicos importantes. Allen, Moore, Kupermine y Bell (1998) encontraron que el apego seguro predice la mejor la competencia con los iguales, menores niveles de conductas de internalización y menores niveles de actividad delincuente.

Un resultado bien establecido es que los sentimientos de apoyo, proximidad e intimidad de la relación con los padres decaen en la adolescencia, gastan más tiempo en relaciones con las madres que con los padres (Larson y Richards, 1994; WHO, 2012) y parece que un mejor apego aumenta la competencia social y el ajuste (Allen et al., 1998).

Últimamente han aparecido algunos estudios sobre un aspecto de las relaciones familiares, la comida en familia, de la que se hipotetiza que está asociada con algunos aspectos de la salud del niño y del adolescente (Gillman, Rifas-Shiman y Frazier, 2000; Fulkerson et al., 2006), actuando como un factor de protección frente a ciertas conductas de riesgo (Fulkerson et al., 2006; Eisenberg, Olson y Neumark-Sztainer, 2004). En idea de autor Bruner (1991), la interrelación que establecen los adultos de la familia con los hijos/adolescentes, contribuye al desarrollo de su vida plena, posibilitando el clima de apoyo emocional y la riqueza afectiva necesaria para un sano desarrollo. Los niños aprenden su repertorio de “gestos” de quienes les rodean, posteriormente adquieren las palabras y es, precisamente mediante el lenguaje donde cada expresión tiene su significado compartido y donde se facilita la comprensión de la realidad, de ahí que sea tan importante compartir momentos, no forzados, espontáneos, no vaya a ocurrir que sólo manejemos los gestos, que pueden ser equívocos y generar conflictos, y no lleguemos, por falta de humor, a la palabra. No olvidemos además que el lenguaje también contribuye a la construcción del mundo interior.

2.7.- Los estereotipos sobre la adolescencia (auto y heteropercepción)

Antes se ha señalado que la visión “turbulenta” de la adolescencia había dominado durante años la investigación, pero este fenómeno ha sido aún mucho más acusado en la cultura popular. Los estereotipos sobre la adolescencia abundan en la sociedad. El cine, la TV y los medios de comunicación en general siguen mostrando este período como turbulento, con conductas problema, rebeldía, rechazo a los padres y presión de los grupos de iguales.

Investigaciones recientes están planteando si estos estereotipos son expresados también por personas que conviven con los adolescentes, tales como profesores y padres (Buchanan y Holmbeck, 1998; Hines y Paulson, 2006; Jacobs, Chhin y Shaver, 2005; Casco y Oliva, 2005). Los estudios confirman que padres y profesores mantienen estos estereotipos sobre los adolescentes, aunque no parece que reflejen las propias experiencias con sus hijos y alumnos. Whiteman y Buchanan, (2002) plantean que es posible que las creencias mantenidas respecto a la adolescencia, no influyan en los niveles de expectativas de los padres ni en lo que piensan de sus propios hijos pero por nuestros

datos, esto no parece tan claro y si existiría una relación clara. Los científicos sociales dicen unas cosas y los padres y profesores, otras. Pareciera que cuando se trata de valoraciones de proximidad, de cercanía, no existieran adolescentes, pues “a mi hijo o a mi alumno” no le pasa eso, “a los otros”, sí les ocurre.

Se han encontrado algunas relaciones entre las creencias y el estilo educativo de los padres; Hines y Paulson (2006) encontraron una correlación moderada entre la creencia en la adolescencia como período turbulento y el nivel de receptividad de los padres. Se necesitan más investigaciones para explorar las relaciones entre las percepciones de padres y profesores y sus estilos educativos con los adolescentes de los que son responsables.

Si dudamos sobre la representatividad de los estereotipos y creencias, es lícito preguntarse: ¿son útiles, pues, estos criterios como partida para la comparación? Si ya es difícil investigar desde la acción, si es difícil encontrar atributos estables, entendibles por todos para poder evaluar, encontrar datos de incidencia o prevalencia con los que poder comparar, añadimos otra variable más, la poca representatividad de las muestras en el paso rápido del tiempo y de los cambios de vértigo que se producen, ¿cuánto tiempo servirán los datos que estamos analizando?, pero.... ¿podemos seguir guiando la intervención con el bagaje de la formación inicial?

A pesar de todo, algo sí es cierto, los estereotipos que dominan en la opinión pública y en el devenir cotidiano de la sociedad, no son los que favorecen una visión positiva del adolescente, pero esto incluso le ocurre al propio adolescente (Buchanan y Holmbeck, 1998) que cuando se valora él mismo lo hace mucho más generosamente que cuando valora la adolescencia en general.

Para completar la información y entender los efectos de la autopercepción y la heteropercepción, es necesario contar con algunos conceptos teóricos.

Juicio es todo aquel proceso en el que cualquier fragmento de información de un input perceptivo se compara con algún criterio (Eisner, 1989). Lo primero en un juicio es valorar, percibir y establecer una medida. Hasta la interpretación que se hace de esa etiqueta, dependerá del bagaje cultural, las actitudes, los valores, etc. por tanto el juicio no es una medida no sesgada. Incluso la más simple de las dimensiones psicosociales es ya una simplificación de algo más complejo.

En los juicios es muy importante tener en cuenta que puesto que son **atributos** o dimensiones que damos a unos estímulos, pueden ser influidos por los otros atributos que no juzgamos pero que están siempre presentes puesto que la realidad es siempre múltiple y multiatributiva.

Holzkamp y Perlwitz en 1966 (citado en Eisner, 1989) mostraron que un mismo estímulo podía ser juzgado de manera diferente, dependiendo de las **asunciones** sobre su valor. Si esto ocurre con una moneda, ¿qué no pasará con nuestros hijos?

Tajfel en 1969 (citado en Eisner, 1989) cuando habla del **prejuicio** dice que es una tendencia a reaccionar respecto a los miembros de otro grupo simplemente en términos de la calidad de miembro de ese grupo, sin tener en cuenta la consideración debida a las diferencias individuales dentro del grupo y cuando se trabaja con **percepciones interpersonales**, se maximizan las posibilidades de una consideración personal positiva y minimiza la necesidad de hacer diferenciaciones más complejas (algo molesto en una sociedad vertiginosa).

Pero en el fondo los juicios estereotipados necesitan de la **creencia** de que realmente el atributo que distingue está asociado a ese grupo, ¿qué pasaría si rompemos o demostramos esa creencia?, porque a base de transmitir creencias se construyen categorías de atributos, o sea, **estereotipos** que exageran las diferencias que realmente existen entre el grupo extraño y el propio, aunque estas diferencias sean pequeñas e incluso impliquen coincidencias entre los grupos.

Las personas nos formamos **impresiones** de las cosas, de las otras personas para convertirlas en inteligibles, predecibles y explicables, pero de aquí a atribuir estas impresiones a otras parecidas o similares, media lo subjetivo. Según Heider (Eisner 1989), lo que importa es predecir y se investigan las condiciones necesarias y suficientes para que tales sucesos ocurran.

Festinger, ya en 1957, habla de la experiencia subjetiva de la **disonancia** como una incomodidad ante una contradicción en cualquiera de las creencias, preferencias o pensamientos, que debiera concluir en un intento de **cambio de cognición** para restaurar el **equilibrio** (según Heider para acomodar el ambiente subjetivo).

Juicios, prejuicios, creencias, estereotipos, atribuciones....sea como sea, lo que está muy claro es que las percepciones y atribuciones que los hijos y los padres elaboran unos sobre los otros afectan a sus relaciones (del Barrio, 1995), y en el cambio /modificación de dichas percepciones debemos trabajar con ambas partes.

La percepción, basada o no en estereotipos, está íntimamente ligada a la valoración, ya se dijo, al juicio y a la atribución y nos ayuda a entender el comportamiento de las personas a través de sus propios juicios, de la valoración de las dimensiones de su auto-concepto (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2006). Pero no sólo cambian los estereotipos sobre la adolescencia, sino que también varían las expectativas que, fundamentalmente, los padres, tienen sobre los adolescentes, en resumen: los padres tienen unas necesidades imperiosas de control sobre todos y sobre todo lo que rodee al hijo y quieren ser agentes educativos socializadores más o menos conscientemente

preocupados porque sus hijos tengan un crecimiento seguro y un desarrollo adecuado a sus potencialidades (ej. exitoso) y esto ocurre, enfrentados, la mayor parte de las veces, a unos adolescentes empeñados en conseguir mayores cuotas de autonomía personal (Reitzle, 2006, Casco y Oliva, 2005). Ante esta situación surgen de nuevo las discrepancias, los desacuerdos y de nuevo los conflictos, generando, en no pocos casos, rupturas generacionales fuertes, pero también grandes posibilidades de crecimiento personal y social.

2.8.- Los adolescentes y su entorno

Tal vez una de las características fundamentales de la adolescencia, es el comportamiento contradictorio, amar y odiar a la misma persona; casi en el mismo momento, sin mediar un tránsito, pero esto no sólo es normal, sino indicador de que se están poniendo en juego los mecanismos de ajuste y aprendizaje de la autolimitación y el autocontrol. Constantemente el adolescente necesita referencias externas (modelos) para darse a sí mismo forma y consistencia y para medirse y valorar sus capacidades, entonces es cuando empiezan a surgir los problemas, por ejemplo, en la familia se le exige ser mayor pero se le trata como a un niño.

La sociedad, en general, y más en la “sociedad red“ (Castell 1999), los modelos que transmite, lo hace a través de los medios de comunicación (Davies y Eynon, 2013; García, Callejo y Walter, 2004) y la mayor parte de las veces son inaccesibles, son modelos de vida adulta y los propone la publicidad, las series de TV, entre otros. Visualizan chicos/as en un ambiente escolar, con tarjetas de crédito, que salen, visten, se relacionan, consumen productos, y cada vez más quieren parecerse a ellos, porque realmente los adolescentes tienen una coherencia aplastante, quieren hacer lo que ven.

También, y sobre todo, del grupo de iguales, amigos/as, obtiene modelos y es uno de los elementos que más necesita el adolescente y lo que normalmente predomina, no sólo en su comportamiento sino en su pensamiento; el grupo templea el desasosiego, pone a prueba afectos, habilidades, capacidades, entre otros, y es el punto de referencia respecto a la propia identidad. Cada grupo tiene sus propias reglas, si el adolescente cambia a menudo de grupo, puede significar que está en evolución. Sin el grupo, el adolescente puede tener más dificultades para abandonar una posición infantil de dependencia del mundo adulto que lo rodea. Aunque a veces no estemos muy de acuerdo con los grupos con los que va, y haya que estar vigilantes en este aspecto, siempre es más deseable la sensación de pertenencia a un grupo que la individualidad, por muy segura (al tenerlos en casa) que ésta nos parezca.

Junto a las características que tradicionalmente hemos conocido y estudiado, aparecen dos situaciones nuevas, menos conocidas, pero tan determinantes como las de siempre a la hora de comprender a los adolescentes (porque de esto se trata):

- Por una parte, el adelanto de la edad en que aparecen los comportamientos típicos de la adolescencia. Cada vez más temprano (sobre todo en las chicas), empiezan a mimetizarse unas con otras, y los más pequeños copian indumentaria, formas de decir, hacer, etc. de los más mayores, aunque al final de los análisis, los estudios siempre lleguen a la conclusión de que tal vez parezcan mayores, pero siguen siendo como los niños y niñas de siempre.
- Por otra parte la aparición de nuevas situaciones, modas y comportamientos que se van repitiendo y copiando de unos a otros. Actualmente producto del manejo de nuevas tecnologías, nuevos modos de ocio (o acceso más temprano a ellos), mayor información/conocimiento y posibilidades de acción, etc. están apareciendo nuevas formas de hacer y aunque estas situaciones generalmente producen alertas de riesgo, también significan un reto para las habilidades que los chicos y chicas han de adquirir para gestionar esos mismos riesgos, crecer en autonomía y saber hacerse adultos responsables de sus propios comportamientos y sentimientos.

En el fondo, estas dos situaciones tienen que ver con las dos transiciones paralelas que tienen los adolescentes: su propio proceso de desarrollo y las rápidas transformaciones de la sociedad donde viven.

Está claro que según sea la visión que tengamos de ellos/as, así interpretamos sus comportamientos, negamos o descubrimos sus potencialidades. Es muy diferente actuar considerando al adolescente como una colección de problemas, que hacerlo pensando que es una persona en pleno proceso educativo. Podemos entenderlos como alguien que carece de casi todo o como alguien que, de algunas cosas sabe más que nosotros y de otras necesita aprender. Una persona que destruye su futuro o alguien que está aprendiendo a gestionar sus riesgos. Es muy importante tener en cuenta que para nombrar las cosas usamos a veces, etiquetas que están estereotipadas e intentan decir lo que les pasa, pero no pasan de eso, de ser etiquetas y estereotipos.

Nuestra sociedad está inmersa en las tecnologías de la información y la comunicación, y sin embargo, muchos adolescentes sufren de soledad. ¿Hay una comunicación afectiva? ¿Es un objetivo a buscar? Todo parece volverse cercano y visible, todo es posible e inmediato, se ve todo, pero no se reflexiona sobre nada, ya que falta tiempo para hacerlo. ¿Surgirán nuevas estrategias/capacidades mentales? ¿crearán nuevos pensamientos?. Según un padre, “tienen demasiada prisa, lo quieren todo y lo quieren ya”.

Nuestros adolescentes, están en la era digital, siguiendo a Feixa (2003) podríamos definirlos como adolescentes BC (*before computers*), nacidos ya en la era digital y sujetos a la brecha generacional marcada no por hechos históricos o modas musicales, como era normal hasta ahora, sino por el acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Es interesante notar el cambio en el estatus de poder que en la familia

significa que quien ahora enseña a programar la TV, solucionar el problema del móvil, etc. (y se le otorga un rango de poder), sea el adolescente. Pero hay que estar vigilantes, esta era digital tiene la doble vertiente de la cultura digital de la habitación: el hacker –profeta de la sociedad digital- y el hikikomori –víctima de la reclusión doméstica-. Aun así, en el fondo tienen una formación analógica. Es cierto que la mayor parte han vivido todo el tiempo en la era digital rodeados de aparatos electrónicos de nuevas tecnologías de la información y la comunicación que están configurando su visión de la vida y del mundo. No obstante, no ocurre así en todos los adolescentes, y hay que estar muy pendientes para que esta “ventana” no se convierta en una nueva forma de exclusión social (Feixa, 2003) o de riesgo de salud (ej. Ciberacoso) (WHO, 2012).

El móvil y las conexiones a redes sociales, se han convertido en uno de los reforzadores más potentes, ellas y ellos disfrutan y los padres los usan para tenerles localizados/as si salen, premiarles con una recarga si traen buenas notas o castigarles sin él si es necesario, incluso, en algunos casos, llegan a comprarlo para poder retirarlo.

El tiempo y la cultura adolescente, ya, puede caracterizarse por la inmediatez incluso en dos vertientes, una más social, global, propia de culturas pudientes en la que todo puede ocurrir en tiempo real, inmediato y a la par en todos los sitios, con lo que esto supone de globalización de modas, músicas, estilos, entre otros, y otra vertiente más individual que tendría que ver con la inmediatez de las cosas, no hace falta quedar con los amigos, ya dará un “toque”, un concierto se puede “bajar” de Internet. Esto hace que por generalización, estimen que todo puede ser así, el pantalón que se desea, la carga del móvil, la atención del adulto, todo esto funciona a la misma par que se precariza el empleo con sus consecuencias económicas y culturales, produciendo innumerables disonancias que se suman a la, ya de por sí ambivalente, existencia adolescente.

Incluso, en muchas investigaciones se ratifica la idea llamativa de la socióloga italiana Fortunati que en 2002 ideó el término “hermandad virtual”. En esencia supone que ante la existencia mayoritaria de hijos únicos, buscan comunicación con sus pares cada vez más asiduamente a través de las tecnologías de la información y la comunicación, dado que pasan mucho tiempo solos en casa. Podríamos hablar de una paradoja en la comunicación, al menos en las familias, porque a la par que los móviles y sistemas de comunicación la posibilitan, imposibilitan más la comunicación cara a cara, presencial, al ser la mayoría de estas comunicaciones virtuales. ¿Estaremos adquiriendo grandes habilidades en comunicación a larga distancia y abandonando las de distancia corta? Aún así, las familias y los grupos de amigos, son tan móviles, y no por ello frágiles, como los instrumentos comunicativos que lleven consigo sus miembros, puesto que permiten mantener un hilo comunicativo.

Esta situación virtual y de globalización, hace que el adolescente y el joven acceda mucho más a estar en un constante tránsito de idas y vueltas, de mudar los roles, del estatus de adulto al de joven, del estatus de independencia al de hijo/a (cuando se acaba el contrato laboral), del viajero real o virtual al de localista solidario, que a la idea de pasos

de ritual conseguidos e instalación sedentaria en la siguiente fase. Es importante pensar que tenemos otros tipos de adolescentes y nuestra visión debe de cambiar, ajustándose más a su realidad actual.

CAPÍTULO 3

CAPÍTULO 3.- Trastornos del comportamiento alimentario

Reflexionar sobre los TCA, puede derivar en muchas facetas y me gusta especialmente como introduce Rosa Calvo su “*Guía para padres, profesores y terapeutas sobre Anorexia y Bulimia*” (2002). De su libro extraeré, con su permiso expreso, algunos textos para justificar mis ideas de base. Es mi deseo agradecer su claridad intelectual, profesional y humana.

3.1. -Algunas reflexiones sobre los TCA

a) *Los TCA, trastorno de moda con ciclos de altos y bajos*

“El interés despertado en los últimos años por los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), especialmente la *anorexia nerviosa*, ha generado un aumento de las publicaciones sobre el tema y avivado la **polémica** sobre las causas de un trastorno que a la vez asusta y fascina”.

b) *Delgadez/Negocio*

“La influencia de los medios de comunicación, con su **culto a la delgadez** y la emisión de **publicidad insidiosa**, supuestamente dirigida a un público adulto, han instado a nuestros niños y jóvenes adolescentes, aun excesivamente **vulnerables** a los mensajes sociales, a desear un **cuerpo irreal**. Este deseo inalcanzable genera gran inseguridad personal y pérdida de la autoestima. De ello se nutren todas las empresas y firmas comerciales que prometen proporcionar los medios para conseguir ese cuerpo deseado y cuyo verdadero objetivo es obtener **ganancias** multimillonarias”.

c) *Expectativas/Motivación/Justicia*

“Los programas de **prevención primaria** empiezan a ser un hecho. El trabajo que queda por hacer es inmenso”. “Como muchos otros padres que tienen hijos con patologías mentales, luchan día a día para conseguir que los responsables de las administraciones públicas cumplan la **promesa** de proporcionar a sus hijas *tratamientos* adecuados pero, además, tienen que luchar para que descienda la **influencia social** de los valores culturales que indujeron a su hija a iniciar el trastorno y ahora están interfiriendo en su recuperación”.

d) *TCA: ¿solo cuerpo?*

“El auténtico tratamiento exige, además de los cuidados de la paciente, prestar atención al **mensaje que subyace** bajo los trastornos. Exige comprender que la anorexia o la bulimia han sido la única forma en que las

pacientes han sabido enfrentarse a la vida y que, como tal, puede ser una **oportunidad de conocimiento**". "Cuando las pacientes vislumbren que efectivamente ellas existen, se les hará posible dejar atrás el control del cuerpo y asumir su propia sabiduría. Solo así podrán saber que con sus trastornos trataban de **dar respuesta a un hambre que no era únicamente física sino también emocional, relacional y espiritual**".

"La actitud más positiva para que la paciente pueda afrontar este largo y muchas veces difícil proceso, será que lo **comprenda** como una oportunidad para **descubrir** su verdadera existencia y la de su familia, para ser capaz de desplegar y ampliar sus **cualidades personales**, para que encuentre sin necesidad del trastorno, la **seguridad** que buscaba cuando se embarcó en él y finalmente consiga la **libertad y felicidad** que desea".

e) Trastorno complejo, tozudo y cambiante

"Unas pacientes, casi todas son chicas, iniciarán el trastorno en su **crisis adolescente** mientras que otras lo harán en su **juventud** o ya de **adultas**. Unas sufrirán más **ansiedad**, otras serán más **obsesivas**; en otras el **aislamiento** será su característica esencial. Algunas perderán sus **estudios**, mientras que otras los terminarán con notas brillantes. Las **relaciones familiares** estarán más o menos afectadas por el sufrimiento y la angustia que genera la patología alimentaria. Un grupo numeroso no necesitará ingresar, ni acudir a un hospital de día; mejorarán con un tratamiento ambulatorio en un espacio de tiempo relativamente corto. Otras tendrán múltiples ingresos, el trastorno durará varios años y posiblemente les queda alguna **secuela**. Las menos, se cronificarán. Afortunadamente, muy pocas morirán. Pero todas ellas, y sus familias, necesitarán **cuidados y comprensión**. Cuanto más grave sea el trastorno y más **resistencia al cambio** presenten la paciente y su familia, más durará la enfermedad y peor será el pronóstico de su evolución. Pero incluso en los casos más graves y resistentes se podrán emplear **técnicas paliativas** que mejoren la calidad de vida de la paciente y, eventualmente, permitir que con el tiempo salga adelante".

f) La familia, piedra angular. El trabajo comunitario

"El papel de la familia en la recuperación del trastorno es de primordial importancia y el papel de los educadores es vital en su **prevención**. Además, padres y educadores tienen la posibilidad e incluso la responsabilidad de **detectar** el problema a tiempo y dar pasos que la paciente no está en condiciones de dar por sí sola".

g) Nada fuera del entorno

“Es a partir de la conceptualización de la anorexia como trastorno o enfermedad cuando empiezan a considerarse los **factores familiares**”.

h) Avances según la moda/dominio terapéutico

“En los años sesenta del siglo pasado, la aplicación de los **modelos conductual y cognitivo** en el tratamiento de las pacientes con anorexia nerviosa, supuso un cambio de paradigma en la interpretación de los trastornos”. “El aprendizaje social subrayó la **influencia de los factores sociales y familiares** en el origen de los trastornos, al destacar la importancia de la **imitación** como forma de aprendizaje de las adolescentes, que copiaban los comportamientos negativos hacia el cuerpo y la comida que observaban en su entorno o en los medios de comunicación”.

“En los años setenta, como consecuencia del rápido desarrollo de la **teoría general de sistemas**, los terapeutas de familia implantaron la idea de que la anorexia nerviosa sólo podría entenderse estudiando el **contexto familiar** en el que surgía”.

i) Causa/Efecto

“Algunos autores plantearon que las relaciones entre el trastorno alimentario y la patología familiar, podían tener una explicación inversa: las interacciones perturbadas de la familia podían ser producto de la gravedad del propio trastorno”.

j) ¿Qué hacer?

“En la actualidad se plantea un **enfoque más pragmático** que trascienda las relaciones causa-efecto y se centre en la realidad de que suele haber una **correspondencia** entre trastorno alimentario y entornos familiares alterados, radique donde radique la causa. Los planteamientos que pudieran inducir a la **culpabilización** propia o ajena quedan relegados por inoperantes y porque solo contribuyen a entorpecer la recuperación. **La única realidad palpable es que la familia se siente incapaz de afrontar un trastorno tan grave como una anorexia o una bulimia nerviosas sin apoyo terapéutico explícito y que su participación en la terapia contribuye a mejorar las expectativas de recuperación.** Además, así como la colaboración entre paciente y familiares propicia una evolución positiva del trastorno y contribuye a la prevención de recaídas, su falta de participación e implicación en la terapia puede provocar un descenso de la motivación al cambio en la hija, con el consiguiente riesgo de abandono y cronificación de la enfermedad”.

k) Incluso sin ellas, se ayuda

“La colaboración y el trabajo terapéutico de los padres influye tan positivamente en el proceso de su mejoría, que incluso pueden mejorar las pacientes que se niegan a recibir terapia. El testimonio de una madre así lo manifiesta”.

“Nunca pensé, al iniciar la terapia, que **yo debía cambiar** mi forma de pensar, hablar y actuar, e incluso reflexionar y ahondar sobre lo que hasta ese momento creía haber actuado con verdadera sinceridad y honestidad.

A lo largo de todo este tiempo he aprendido muchas cosas. Entre ellas, una de las más importantes y que más me cuesta: **ver, oír, callar, relajarme, serenarme, ver lo positivo.**

Creo que el primer paso que di fue comprender que **mi hija no era mi enemiga, que su sufrimiento era inmensamente mayor que el mío.**

Hay mucho camino que recorrer pero, **¡al fin!**, comienza a brillar la luz al final del túnel.”

La comprensión, el ánimo y la expectativa de superación es la mejor oferta que podemos hacer a las familias que ya están capturadas por el trastorno; a las demás, exactamente igual, pero mucho antes. La prevención no es un objetivo a conseguir, sino un camino a recorrer. Valorar más el proceso que el producto es una forma de vivir. La detección precoz y en edad temprana, favorece mucho la recuperación (Calvo et al, 2014).

3.2.- Avances en la comprensión de los factores de riesgo. Diagnóstico clínico

La Anorexia y/o la Bulimia Nerviosa, para quien las sufre, se convierten en un estilo/motivo de vida. Necesitamos hacer fuerza ante el control y manipulación de la comida, ya tenemos un objetivo, ellas pretenden compensar déficits u obtener una “supuesta” valoración que no se obtendría en una situación “normal”, actual, por tanto la pelea que implica el trastorno, promueve en ellas la esperanza y expectativa de mejora y así, ya hay algo que abandonar o no tener en consideración, la propia autoimagen (Rojo y Cava, 2003; Calvo, 2002), con su consiguiente empeoramiento.

Sobre todo en adolescentes cuyos padres han utilizado un estilo educativo protector, se producen dificultades a la hora de tener que decidir sobre qué hacer ante situaciones no previstas y recurren a lo que han aprendido de sus padres, necesidad de control y perfección y, puede que en la anorexia nerviosa encuentren una protección, una justificación a esa necesidad de control y de seguridad que precisan para no tener que afrontar lo incierto (Calvo et al, 2014). Morandé, (1999) con su experiencia de trabajo,

asegura que estos adolescentes más que malos comedores, tienen su factor de riesgo fundamental en el miedo o la dificultad al cambio.

La competitividad social podría explicar una carrera desenfrenada y ciega hacia el éxito, pero ¿definido por quién, de qué manera?, la moda, la publicidad, los medios de comunicación, actitudes familiares, los amigos, la necesidad de gustar y no necesariamente de gustarse. Esto genera inseguridad a la hora de valorar si “damos el tipo” y si no llegamos a ello es porque no servimos, no somos “el tipo”, tenemos faltas, somos erróneos, imperfectos, fracasamos, no damos “la talla”. Por más que nos comparemos, siempre hay alguien mejor y es preciso esforzarse mucho, pero mucho, para conseguir aquello que queremos, éxito, pero ¿tenemos capacidades, habilidades suficientes? ¿en qué facetas podemos conseguir algo de éxito, algo que depende solo de nosotros, en apariencia? Nuestra imagen imperfecta, la alimentación, el ejercicio... ¿posibles soluciones?

Puesto que los demás me evaluarán por lo que vean, deben ver algo perfecto, a esto contribuyen los medios de comunicación, aunque ya no de forma tan lineal y pasiva, sino más bien aditiva y activa con otros medios (Levine, Piran y Jasper, 2015) y además, dependiendo de qué contenidos, así actuarán como factores de riesgo o de protección.

Lo intentan, ayudan, estudian, obedecen... son dóciles, pero no perfectas, pierden el control y fracasan, deben esforzarse más y llega un momento en que pierden la noción de realidad, sus emociones básicas se malinterpretan, no valen ya para alertar del riesgo (Calvo et al., 2014), su mundo se vuelca hacia una imagen idílica e inalcanzable como para estar en constante pugna con uno mismo, la pelea está en superar el momento, adquirir el valor de vencer el momento del hambre, calmar la ansiedad con un atracón y reactivar de nuevo el proceso, vuelta al intento de control, “esta vez seguro que sí”, y de nuevo caer en el círculo vicioso, pero todo esto lo empiezan siendo personas “normales”, preadolescentes “normales”, con ciertos rasgos de **predisposición**, con ciertas situaciones **detonantes** y con entornos dispuestos a **perpetuar** el círculo, sin querer, sin intención, pero sin pausa.

Se trata de un trastorno con tantos y variados factores predisponentes y perpetuantes, que su forma de presentación es muy heterogénea y, a su vez, hace que la detección y evaluación sea una tarea compleja y multifacética.

En algunos casos, la falta de valoración positiva, el marcaje sobre los errores, la sobreprotección o sobre exigencia, el exceso de cariño, los comportamientos de columpio, hoy sí y mañana lo contrario, la incoherencia, la inconsistencia y la falta de constancia en unos criterios educativos por parte de los padres, son los que van formando la manera de ser, de sentir y actuar de estos adolescentes que sufren constantemente su propio desprecio.

Sienten que la autoestima deben medírsela con una balanza, su peso es el valor y su objetivo es bajar la talla, “gustarle al espejo”, entonces hablamos de un Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), de tener un objetivo en la vida, algo que depende de “mi” propio esfuerzo y que no estoy dispuesta a dejar, me enfrente a quien me enfrente, pero ¿es la comida mi problema? ¿no es mayor ahora el miedo a perder esta delgadez, este poder, que tener que enfrentarme a todo eso que me supera? (Calvo, 2002).

La imagen corporal, que no viene determinada por ningún factor importante, desde el punto de vista vital y biológico, se ha convertido en uno de los moldes a los que deben ajustarse los adolescentes si quieren tener éxito con sus iguales, en sus relaciones, incluso en sus propias reflexiones y en muchos casos mediatiza la percepción que tienen de ellos mismos, su auto concepto y, al cabo, su autoestima (Levine et al., 2015; Rodríguez, 2013). La publicidad y el entorno social hacen de un adolescente “normal”, una persona que padece para ajustarse al éxito que envidia o le hace ser envidiado y lo terrible del caso, es que lo consiga, dado que su afán comparativo y su falta de definición lo van a dejar en franca disposición a entrar en el trastorno... pero ¿es posible cerrar la puerta?, lo más seguro es que no, aun así ¿podemos dejarla solo un poco entreabierta?

El paso del tiempo, sin acción intencionada, no soluciona nada y la adolescencia es una gran oportunidad para recuperar aquello que no funcionó correctamente en la infancia, porque el adolescente es una persona en construcción y nuestro andamiaje (Bruner, 1983) podemos ajustarlo para volver a tutorizar su desviación.

“Si no reconocemos que hay que encontrar otros valores más profundos y humanos para regir las relaciones sociales, que la imagen que los demás esperan de nosotros, la “normal delgadez”, la epidemia de TCA seguirá incrementándose exponencialmente” (Calvo, 2002, pág. 73).

Los TCA están en el mismo libro que los demás trastornos psicopatológicos y cuenta con los mismos resortes que otros tipos de adicciones, factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, son síndromes “multi-todo”, con causas y efectos múltiples, no abarcables en su totalidad. Pero es necesario acotar, centrarse. A estas alturas de la investigación y el desarrollo técnico, es evidente la diferencia entre Psiquiatras/Médicos y Psicólogos/Epidemiólogos, cada uno busca, justifica y se apoya en primar unos criterios u otros, “qué ocurre ya” y “qué puede ocurrir, si”. Personalmente me interesa la prevención, a través de la detección precoz, la comprensión y el cambio de actitud familiar, tal vez, porque objetivamente, al resto de las opciones, las clasificaciones, el tratamiento, el cambio comunitario, el control de la publicidad... no puedo llegar desde mi propio trabajo y, aún siendo absolutamente necesario, no es mi “especialidad”. Para poder pensar en una prevención, hemos de verlos como el extremo de un hecho compuesto por una serie de componentes, que en sí mismos, son normativos y ordinarios (Levine et al., 2015).

Con respecto a la prevención, hay muchas críticas de funcionamiento a los programas de prevención diseñados (Levine y Smolak, 2006; Stice, Shaw y Marti, 2007). Desde el punto de vista de la Salud Pública, se fomentó mucho el trabajo a nivel de población y comunidad, pero últimamente la investigación se está centrando más en las diferencias individuales de los factores de riesgo (McLaren y Piran, 2012), y en la faceta de reconocimiento emocional (Calvo et al., 2014).

Van avanzando los criterios y acuerdos para la evaluación y el diagnóstico, pero no está de más ir aportando datos descriptivos y relaciones de interés.

Pero no todo lo delgado es **Anorexia Nerviosa (AN)**, es preciso que se cumplan ciertos requisitos (DSM-IV y CIE-10)²:

- Rechazo a mantener un peso normal según edad y sexo (por debajo del 85%).
- Miedo intenso a engordar.
- Distorsión de la Imagen Corporal.
- Negación de la situación de peligro.
- Amenorrea secundaria (retraso de 3 ciclos consecutivos) o primaria (retraso en su aparición).
- Diferenciar entre Anorexia Nerviosa purgativa o restrictiva.

ni tampoco todo atracón es **Bulimia Nerviosa (BN)** (DSM-IV y CIE-10):

- Episodios de ingesta voraz, al menos 2 veces semanales durante 3 meses (en la DSM-5 se ha bajado el criterio a una vez a la semana en el mismo periodo de tiempo).
- Conductas compensatorias para no ganar peso de forma mantenida (laxantes, diuréticos...).
- Alteración de la Imagen Corporal, y autoevaluación sólo desde la IC.
- También hay que diferenciar entre tipo purgativo y no purgativo (ayuno, deporte excesivo...).

y bien porque cambie la sintomatología en el curso de la enfermedad o porque no se cumplan todos los criterios diagnósticos (Striegel-Moore y Bulik, 2007) como hay que

² Especifico estos criterios porque fueron los que se utilizaron en el inicio de nuestro trabajo. En la actualidad, aunque está en franca discusión, se utilizan los criterios del DSM IV-TR y DSM-5, que añade además de los especificados, en la Anorexia nerviosa, más fuerza al criterio respecto a la manera de experimentar la forma y el peso del cuerpo y el reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal que puede evaluarse y en la Bulimia Nerviosa, la caracterización de un atracón como ingesta de cantidad excesiva de comida en un periodo determinado de tiempo (aproximadamente 2 horas) y sobre todo, falta de control sobre la ingesta en este periodo.

incluir las desviaciones en algún sitio, tenemos los **TCA-NE** (categoría residual que de alguna forma comunica incertidumbre), situaciones de riesgo que no llegan a cumplir todos los requisitos para ser caso clínico, y que con mayor o menor virulencia, son las situaciones que vemos más frecuentemente, tal vez porque aún no son capaces de cumplir un trastorno “puro”. Si nos atenemos a criterios rígidos como son los de DSM IV y CIE-10 y no tanto a lo que ahora se intenta imponer como guía más que como diagnóstico. En las clasificaciones siguientes (DSM-IV-TR y DSM-5) se han ido ajustando los criterios diagnósticos, acercándose más a los criterios de prácticas basadas en la evidencia (Behar y Arancibia, 2014), recogiendo como etiqueta diagnóstica lo que en clasificaciones anteriores se consideraban un TCA-NE. Se divide en otras nuevas: Trastornos de la alimentación específicos y no específicos que no cumplen todos los criterios de TCA, Atracónes, Pica, Rumiación, Evitación y restricción de la ingesta, entre otros (APA, 2013). En realidad no indican que un Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado sea menos grave, sino una organización diferente de los síntomas y no en presencia de AN y/o BN, aunque sí sirven para disminuir los casos diagnosticados como TCA-NE (especialmente los Trastorno por Atracón (TA)).

Aunque como vemos, se van actualizando los criterios de diagnóstico de TCA, en nuestro trabajo, por la edad con la que trabajamos, es difícil que encontremos síntomas completos de Anorexia Nerviosa y/o Bulimia Nerviosa, de ahí que sigamos trabajando con los criterios de riesgo, teniendo en cuenta las modificaciones que surgen pero sin la posibilidad de establecer diagnósticos clínicos, por falta de competencias administrativas y cuidando mucho el aspecto ético/deontológico, como dice Allen Frances, (http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html) redactor del DSM-IV, “es muy fácil hacer un diagnóstico erróneo, pero es muy difícil revertir los daños que ello conlleva”.

Respecto a los TCA-NE, a pesar de estar catalogados como categoría residual, suelen ser tan graves como los TCA en términos de patología alimentaria con comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos (Le Grange, Swanson, Crow y Merikangas, 2012; Thomas, Vartanian y Brownell, 2009) y con prevalencias variables entre 4,6% y 8% si no atendemos a una catalogación muy conservadora (Norris, Bondy y Pinhas, 2011; Stice, Marti y Rohde, 2013; Levine y Smolak, 2006).

Al hablar de TCA, debemos pensar en la interrelación de conductas alimentarias, prácticas de control de peso, las actitudes acerca de la comida, el peso y la forma del cuerpo, una pelea constante con el auto-concepto y el autocontrol y los procesos neurofisiológicos que se interrumpen momentáneamente (hambre, saciedad y emociones) (Neumark-Sztainer, Wall, Story y Sterwood, 2009), y son enfermedades mentales que comprometen seriamente el alcance y la calidad de vida de las personas (Ackard, Fulkerson y Neumark-Stainer, 2011; Keel y Brown, 2010).

Con prevalencias aún bajas, la incidencia de la enfermedad en el trascurso del tiempo está aumentando (Norris et al., 2011). En **Anorexia Nerviosa**, la prevalencia en

enseñanza secundaria, está entre entre 0,1% y 0,5% (Keel, 2010; Levine y Smolak, 2010; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas, 2011). Por el contrario, en esta edad, no tenemos mucha incidencia de diagnóstico de **Bulimia Nerviosa**, suele iniciarse en la adolescencia tardía (Norris, Bondy y Pinhas, 2011; Steinhause, 2011), en todo caso, cuando se señala, en enseñanza secundaria los datos de prevalencia que se manejan en Bulimia (tal vez más de factores de riesgo), son de 0,9% y 2% (Keel 2010; Levine y Smolak, 2010; Swanson et al., 2011).

La relación chico/chica en AN y BN, es de 1:4 y en TCA-NE es de 1,5:2 aunque el sexo no se toma como factor de riesgo fijo, sino que se hace más hincapié en cómo se construyen y viven los roles del adolescente o joven (Piran y Teall, 2012; Smolak y Piran, 2012).

El diagnóstico precoz de los TCA, hace que pueda realizarse una intervención temprana, con una recuperación más probable (Treasure y Russell, 2011), aunque habría que ajustar los criterios diagnósticos a edades de adolescencia temprana, pues los criterios que se usan son los de adultos (Lask y Bryant-Waugh, 2007b), de ahí que nosotros usamos y recomendamos usar, los cortes de riesgo en función de la edad y el sexo (pág. 67).

Pueden ser muchos los factores de riesgo incontrolables o éticamente no estudiables (Jacobi y Fittig, 2010; Smolak, 2009), si atendemos a la fina línea divisoria de definición de factor de riesgo y causa. Entendiendo por riesgo un predictor estadísticamente significativo, que puede ser manipulado dentro de lo razonable en cualquier dirección con el fin de aumentar o disminuir el resultado (Levine y Murnem, 2009; Stice y Presnell, 2010), y como características fundamentales tiene el que ninguno es necesario o suficiente y que no necesariamente son individualistas, sino que están dentro de un contexto psicosocial multidimensional (Piran y Teall, 2012; Smolak, 2012).

Respecto a los factores genéticos, no parece claro que tengan una incidencia determinante, pero si hay evidencia clara de combinaciones aditivas en la heredabilidad (Mazzeo et al, 2010; Wade, 2010).

En cuanto a la imagen corporal y teniendo en cuenta el sexo, las chicas están más inclinadas a valorar el peso y la delgadez del cuerpo y el control del hambre y los chicos tienden más a valorar la musculatura, la resistencia física; si bien el efecto de esto último en los chicos no es tan influyente como el peso en las chicas (Smolak y Stein, 2010). Aunque no está demostrado que sean causa de TCA, si parece que los medios de comunicación en general, y más específicamente la TV y el internet, con programas de moda y videos musicales juegan un papel importante como generadores y mantenedores de TCA (Levine y Harrison, 2009; Levine y Murnen, 2009).

En nuestro caso, la intervención, después de hacer una detección, pasa por explorar determinadas características: restricción de la ingesta, pérdida de peso, alteración del ciclo menstrual, de la imagen corporal, negación y control del hambre, hiperactividad y fluctuaciones bruscas del estado de ánimo, desequilibrio en el estilo de vida, perfeccionismo, entre otras, para poder realizar una derivación lo más acertada posible, y así ayudar a las familias a buscar el lugar adecuado de tratamiento.

3.3.- Adolescencia y Trastornos del Comportamiento Alimentario

Muchos autores, con independencia de su enfoque teórico, subrayan que los TCA representan con frecuencia una lucha evolutiva en busca de autonomía, independencia e individualidad, y es fácil que estos trastornos empiecen a surgir cuando las familias y los individuos están más vulnerables, durante la adolescencia (Garner, Garfinkel y Bennis, 1982; Johnson y Connors, 1987; Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989; Calvo et al., 2014; Levine et al., 2015).

La media de edad de aparición de la AN se sitúa en la adolescencia ((Crisp y Kalucy, 1974; Halmi, 1977), entendida ésta en un intervalo amplio de edades, por nuestra experiencia, entre 11 y 17 años y, aunque la BN tiene una media de edad de aparición mayor, entre 18 y 20 años (Peláez, Labrador y Raich, 2005), en edades más tempranas se empiezan a detectar comportamientos que indican una posible aparición más precoz.

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario, son la tercera enfermedad crónica en la adolescencia (Lucas, Beend, O'Fallen, Kurland, 1991).

“Nuestra protagonista ejemplar es una adolescente, tal vez una muchacha de juventud recién estrenada, situada entre los 14 y los 19 años de edad”... así comienza el Capítulo 1 del libro de Josep Toro y Enric Vilardell “Anorexia Nerviosa” publicado por Martínez Roca en 1987, pero qué ocurre entremedias para que el “guión” de su película termine cuatro páginas más adelante... “todo se complica. Los médicos afirman que debe hospitalizarse. Ella se resiste. Sus padres en un principio también, pero ahora ya no ven otra solución. Además ya tienen una información más completa de lo que sucede a su hija. Ellos ya no pueden más... ella tampoco... Al final, no sabe muy bien cómo, cede, o la convencen, o se deja convencer. No lo sabe. Está harta de luchar con los demás y consigo misma. Está harta de todo”.

No son pocos los estudios de prevalencia en TCA con aceptables niveles de rigurosidad y aceptación internacional (Pérez-Gaspar, et al. 2000; Morandé, 1999; Rojo et al., 2003; Gandarillas, Zorrilla y Sepúlveda, 2003), incluso llega a afirmarse que ya no serían necesarios más estudios en España (Toro, 2000), pero frente a la epidemiología descriptiva del problema, el desarrollo de la epidemiología analítica es menor (Martínez-González y de Irala, 2003). Igualmente, son sobrados los estudios sobre los factores de

riesgo de padecer TCA y bastante abundantes los que analizan factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes, pero, tal vez, producto de una mayor claridad y/o saturación en la investigación (generalmente todos acudimos a las mismas fuentes) o, tal vez, producto del momento en que se suelen estudiar los factores (cuando ya existe el diagnóstico), hay menos esfuerzo en desarrollar estudios prospectivos que ayuden a determinar qué factores protegen de padecer TCA.

No es tan sencillo argumentar que el factor de protección es lo contrario que el factor de riesgo, puede que sea así y puede que no, al menos por determinación estadística y con finalidad predictiva, no necesariamente es así (Martínez, Chacón y Castellanos, 2015) y a mí me interesa profundizar en uno de esos factores de protección, la familia en los TCA.

3.4.- Los padres y los TCA

Las familias de adolescentes con TCA no tienden a tener mayores niveles de disfunción que las familias con adolescentes sin TCA (Strober y Perris, 2011). Mientras que los factores familiares pueden jugar un papel en la génesis y mantenimiento de los TCA, el conocimiento actual refuta la idea de que sean los mecanismos primarios o exclusivos que subyacen al riesgo (Le Grange et al., 2012), si bien esto no significa que la influencia de la familia sea irrelevante, pues un apego inseguro temprano es factor de riesgo para cualquier psicopatología y por tanto para el TCA, los modelos de aprendizaje en general, y más expresamente en aspectos relacionados con la comida, también influyen en la solución de situaciones complejas, las bromas y burlas sobre la imagen corporal, puede desembocar en una gestión de peso no saludable (Smolak, 2012). Los meta-análisis realizados por Menzel et al. (2010) indicaron que los efectos de las burlas sobre la imagen corporal eran, en general, más negativos para los chicos adolescentes frente a los adultos y también para las chicas frente a los chicos. Igualmente estudios longitudinales muestran que la intervención temprana de los padres, previene la aparición de los TCA más adelante (Neumark-Sztainer et al., 2007; Smolak, 2012), no obstante, no parece que los padres sean capaces de percibir algunas señales que indicarían tempranamente esta problemática. En un estudio de 1.105 padres de adolescentes entre 12 y 18 años no fueron capaces de percibir muestras de insatisfacción corporal en sus hijos, ni la presión que pueden ejercer sus iguales por la delgadez, y no dan suficiente importancia al control del peso por parte de sus hijos (Pérez de Eulate, 2009).

Un estudio longitudinal de los adolescentes suecos, ha encontrado que el aumento de la autoestima en general y una mayor sensación de bienestar emocional y aceptación personal son factores de protección de padecer un TCA (Gustafsson, Edlund, Kjellin y Norring, 2009), igualmente la aceptación personal es un factor favorable entre los 11 y los 15 años, y mucho más si se acompaña de una figura cercana en la familia con quien poder comunicar fácilmente, y si en el centro educativo, existen profesores que se interesen por los adolescentes como personas (Fenton, Brooks, Spencer y Morgan, 2010).

Cuando se analiza la causa de una situación y hay colaboración entre personas se tiende a sobrevalorar la propia acción (atribución egocéntrica), si es positivo, somos los más causantes y si es negativo, los menos (Avia y Vázquez, 1998). En este proceso del desarrollo de la patología existen niveles, hay un momento en que los padres tienen una influencia especial, bien por su falta de ocupación que puede desembocar en negligencia o por todo lo contrario, un exceso de ocupación que desemboca en una desmesurada e inconsistente atención. En general y mucho más en este trastorno, las familias buscan con cierta angustia y culpabilidad las causas que han hecho que su hija o su hijo hayan caído en esta problemática, ellos han educado de la mejor forma que han sabido, tal vez guiados por cómo los educaron a ellos o tal vez por todo lo contrario, intentando no repetir esquemas que les han producido malestar. No lo entienden, algo ha salido mal. Solo querían que su hija/o se sintiera bien y no fueron capaces de darse cuenta que estaban marcando un camino no saludable a sus objetivos, con la dieta, con las críticas cariñosas a su figura, entre otros comentarios.

Cuando esta primera crisis se asienta y los padres asumen la problemática, vuelven a entender que nunca es tarde para ejercer su responsabilidad, que están a tiempo de corregir su forma de pensar, de sentir, de actuar, que los factores que causaron el ahora (predisponentes), pueden seguir siendo factores mantenedores (perpetuantes) en adelante y es el momento de hacer algo distinto, y si esto es así cuando el trastorno está instaurado, ¿no sería más fácil y efectivo cuando el iceberg empieza a asomar? (factores desencadenantes o precipitantes).

Este es el momento clave que quiero analizar en este trabajo. Es por esto que, aún teniendo claro que hablamos de un diagnóstico muy serio, en la edad que ocupa el estudio realizado (12-16 años), no encontramos una prevalencia altísima (teniendo en cuenta la baja del trastorno en general) y mis esfuerzos, serán en situar posibles relaciones entre el TCA y el estilo educativo familiar en sus factores predisponentes y/o precipitantes.

Hay evidencia clara de que los programas de intervención en TCA con padres (Gutiérrez, Sepúlveda, Anastasiadou y Parks, 2013) que no se acompañan de estrategias de transformación del entorno social, es poco probable que tengan efectos duraderos (Levine y Smolak, 2006) y parece muy importante tener en cuenta algunos criterios (Gullota, Plant y Evans, 2015) como:

- Las familias no causan TCA, pero juegan un papel crítico en mantener una posible recuperación.
- Los programas deben adaptarse lo más individualmente posible para investigar y comprender los factores de riesgo y protección con un análisis contextual del adolescente para poder adoptar medidas que tengan en cuenta y activen el cambio en normas, valores, medios de comunicación.

- Los programas selectivos y específicos para alto riesgo en adolescentes, deben utilizar programas basados en la evidencia.
- Una vez que los problemas están implantados, la eficacia de los programas preventivos son mínimos.
- De nuevo surge el efecto “Mateo”, y se establece el círculo vicioso de ofrecer más subvención a programas basados en la evidencia que se implantan, se evalúan y se escriben y otros que, aún siendo positivos, no llegan a cumplir los criterios para considerarlos programas basados en la evidencia.

Especialmente problemáticos son dos tipos extremos de educación o relación comunicativa, la sobreprotección y la excesiva tolerancia con distancia emocional (Carrobbles y Gámez-Guadix, 2012), impidiendo ambas posiciones la superación de la frustración, el aprendizaje de la toma de decisión y de la gestión de los propios riesgos, algo vital en el desarrollo del adolescente.

Parte de la predisposición a los TCA, se genera y adquiere durante la infancia (Calvo, 2002), esta es una idea central para tomar en consideración las posibilidades de prevención del trastorno a partir del trabajo temprano con los padres. La comunicación con los padres es clave en el establecimiento de la familia como un factor de protección y es muy importante que funcione así desde la infancia, pues la facilidad de comunicación con los padres se reduce de manera estrepitosa en la adolescencia (WHO, 2012).

Pero si hay una variable que contribuye al deterioro del valor real de la imagen corporal en la construcción de un adolescente sano, es la importancia que la familia ofrece a la apariencia, no solo física, sino estética. No es difícil asociar el éxito y la valía propia a la imagen que de nosotros ofrecemos a los demás y que tanto tememos perder (Smolak et al., 2005).

Otro factor de predisposición de suma importancia, son las propias relaciones familiares, que pueden favorecer la vulnerabilidad (Calvo, 2002): evitación del conflicto, coaliciones encubiertas (alianzas secretas como forma de evitar rupturas), interferencia en el proceso de autonomía y negligencia física o afectiva. Como ya hemos visto, pensar que el conflicto es negativo, está contrapuesto a la idea de crecimiento y de aprendizaje personal, pues sólo con la puesta en duda, en conflicto, de los criterios adquiridos o en adquisición, somos capaces de avanzar (Riviere, 1985). No siempre tenemos la “obligación” de ser una familia “normal”, la duda nos hace crecer.

Por último, no podemos dejar de hacer referencia a la variable personal. ¿Por qué unas adolescentes desarrollan el trastorno y con características ambientales similares otras no lo desarrollan? Es muy posible que las más vulnerables tengan menos recursos para enfrentarse a las influencias sociales y familiares. Entre estas variables, está el **temperamento**, que determinado genéticamente tiene pocas posibilidades de control,

aunque si tal vez de gestión a través de la educación, y el **estilo cognitivo** que caracteriza la forma de pensamiento y construcción del autoconcepto, especialmente dañado por el perfeccionismo y las distorsiones cognitivas (Behar, Gramegna y Arancibia, 2014; Calvo, 2002) que llevan a malinterpretar señales, en principio, “neutras” y a veces a determinar las emociones.

Otras variables personales de importancia son la **autoestima**, la **dependencia de aprobación externa**, el mal aprendizaje del **manejo de la crítica** y en general, todas aquellas que tienen que ver con la imposibilidad de hacer una autovaloración positiva que no venga motivada desde el exterior. Muchas de estas actitudes y comportamientos no adaptados a un desarrollo físico, social y emocional normal, dependen, más que de realidades, de creencias que son atacables, si, con planificación intencional de su cambio, las incluimos en el repertorio de trabajo preventivo.

CAPÍTULO 4

CAPÍTULO 4.- Los padres y su estilo educativo

Tal vez últimamente la investigación sobre el trabajo de padres no esté de moda, pero estuvo.

Se sigue considerando que la paternidad y la maternidad es una responsabilidad doméstica que, en algunos casos, se beneficia de las actividades complementarias de los profesionales de la primera infancia, y está muy claro que padres bien informados pueden enfrentarse mejor a las actividades y las responsabilidades propias de la educación infantil (Cataldo, 1991).

Así pues, no habría que justificar el papel importante que ocupa la familia en el desarrollo infantil, sino más la pertinencia o no de contribuir con programas comunitarios a que este papel sea más efectivo. Apelo al modelo de Palacios (2003) que aboga más por la construcción conjunta familiar, padres, hijos, hermanos, que a un modelo vertical, más tradicional, donde los padres están arriba y los hijos abajo. Sumado al modelo de Bronfenbrenner (1979), en que la construcción se hace con la influencia de todos los contextos, el social y del individuo, no es de poca importancia.

Los componentes centrales del proceso de influencia de las familias en los hijos, son las estrategias de socialización y los estilos educativos parentales (renegociar las relaciones, encontrar equilibrios entre control y afecto) (Gavazzi, 2011; Peterson, 2009). Los adolescentes son vistos, principalmente, como receptores pasivos pero cada vez es más patente la influencia bidireccional entre los padres y los adolescentes (Bush y Peterson, 2013; Gavazzi, 2011; Maccoby, 2007; Peterson y Bush, 2013a). Unas de las variables más importantes para explicar el sistema familiar, son las creencias, los valores y las expectativas que los adolescentes y los padres van construyendo en esa bidirección (Peterson y Bush, 2013a).

La adolescencia es un periodo de cambios constantes y aunque algunos de estos cambios (los físicos), son los más evidentes, tal vez son más difíciles de entender los psicológicos, afectivos-emocionales, sociales y en general, muchas veces nos sorprende, sobrepasa, sobrecoge.... Ahora bien, estos cambios no se producen de un día para otro y cuando llegan las dificultades, es el producto de un largo proceso que empezó a generarse en la infancia.

Los programas con padres, parten de la creencia en las potencialidades que ofrecen los primeros años, cuando la familia puede contribuir **conscientemente** a los procesos de educación y desarrollo. Todos los profesionales parecen reconocer la influencia de la familia en el desarrollo del niño, pero también todos tienen opciones más o menos distintas sobre la mejor manera de ayudar a los padres a mejorar el funcionamiento de sus hijos.

Así, es difícil obtener una imagen general que explique las pautas familiares de forma adecuada, pues cada investigación tiene un enfoque diferente.

Cuando los padres participan en programas educativos y de apoyo, se espera que se produzcan resultados positivos tanto para el niño como para la familia, sin embargo probar que sea esto lo que ocurre, ha sido algo problemático. Los resultados pueden ser de gran alcance y al mismo tiempo, difíciles de identificar por parte del profesional o de los padres a través de instrumentos de evaluación. En cierta medida los resultados de los programas preventivos, son una cuestión de fe (Carroble y Gámez-Guadix, 2012).

En los programas en los que los padres aprenden a gestionar mejor las necesidades y las conductas del niño, la salud mental de la familia puede mejorar. Se han asociado mejoras en las actitudes de los padres hacia sus hijos y en su eficacia de manejar el comportamiento de los niños, con programas colectivos de formación de los padres que emplean técnicas específicas (Cataldo, 1991).

Las relaciones familiares no se dan en un vacío y hay que contar con el contexto de mayor alcance. Recursos, expectativas, la clase o nivel de estatus social puede estar determinando el estilo de vida familiar. Nuestra principal dificultad y a la par gran posibilidad, es la adaptación a una sociedad cambiante en la que gran parte de lo que sabíamos hacer como padres, profesores, ya no sirve. Lo más importante es que precisamos saber cómo son, descubrir la lógica que aplica su conducta, conocer y comprender la complejidad del mundo adolescente (aunque esto no necesariamente signifique estar de acuerdo con ellos).

Es muy importante partir del deseo de los padres de desempeñar bien su rol ante cambios vertiginosos (necesidad de acertar –de no fracaso), y de su sensación de soledad; en la educación ya no es la tribu la que educa (Marina y Bernabeu, 2007), ni la ciudad (Bronfenbrenner, 1990).

Tradicionalmente el grupo familiar ha sido entendido y estudiado desde la perspectiva de la relación diádica (padres-hijos), y direccional (padres a hijos). Y últimamente ante los cambios vertiginosos en la concepción y en la imagen de la familia se entiende más como un sistema complejo con relaciones multicausales y multidireccionales. Un ejemplo muy típico de los que trabajamos con familias solemos utilizar para acercarnos a la explicación de la dificultad que significa saber educar, o **acertar** en la educación.

Cuando el niño va creciendo, vamos descubriendo que su temperamento es difícilmente movable dado que viene marcado genéticamente, si no es con la acción directa, y no siempre intencional, de nuestras estrategias educativas, esperando que el carácter resultante nos indique que estamos en el buen camino de su socialización.

Sin embargo, las inconsistencias, las incoherencias, la falta de constancia, de paciencia y, lo que es peor, de cariño y humor pueden perjudicar nuestros esfuerzos. Está bastante asumido que esta serie de carencias que presentan los padres al desempeñar su papel como educadores constituye uno de los factores de riesgo que nos explicarían la aparición, desarrollo y mantenimiento de problemas en la infancia y la adolescencia (Olivares, Rosa y Olivares, 2006).

Las familias tienden a tomar, entre otras, dos opciones, ninguna de ellas efectiva, “mis padres hicieron esto conmigo y yo no soy extraño” o la contraria, “bajo ningún concepto haré lo que hicieron conmigo”, hasta que el niño, se “apodera” de nosotros, se nos olvida nuestro carácter educado, y nos sale nuestro temperamento, y lo más puro que nuestros padres nos dejaron impreso con su hacer cotidiano.

Aunque existen realidades muy diversas, el adolescente no tiene claro hacia dónde va, cuál es su objetivo, ni cuáles son sus derechos, ni tienen conciencia de sus deberes. En esto, el modelo que la sociedad adulta les ofrece, es vital, debemos acompañarles a crear sus trayectorias con nuestras dudas, pero con relaciones afectivas y de confianza mutua, sinceras, sin atosigar, porque el adolescente precisa de un mundo propio al que retirarse para ser él o ella (diario, amigos, etc.).

Nuestros padres no tuvieron más que recurrir a lo que en su familia era natural, lo que hicieron sus padres, sus creencias, sus actitudes y comportamientos eran totalmente coherentes, buenos o malos, pero coherentes. Hoy en día es bastante frecuente encontrar esa incoherencia de planteamientos educativos que hacen que nuestros hijos se escapen de nuestro control (Cervera y Feliú, 1984). Es un poco paradójico que adquiramos experiencia cuando ya no nos va a hacer falta, y sepamos ser padres cuando ya no vamos a tener hijos.

4.1.- Estilos educativos

Desde que Baumrind (1971, 1978, 1991) referenció sus tres famosos estilos educativos, responsables (autoritativo), autoritario y negligente, muchos autores han teorizado sobre ellos, o con la ampliación a cuarto estilo (permisivo), descrito por Maccoby y Martin (1983), tal vez más por cuadrar la teoría a los cuatro ejes típicos de la tipología, que por falta de claridad en los tres estilos iniciales.

Dentro del estudio de las relaciones familiares tiene una especial importancia esta área denominada de estilos educativos y disciplina. La disciplina ha sido definida como las técnicas que usan los padres para intentar hacer decrecer las conductas inapropiadas y aumentar la conformidad en los hijos (Locke y Prinz, 2002). Existen muchos estilos de disciplina de los padres. El modelo más aceptado, como hemos dicho, es la tipología de Baumrind (1991). Para esta autora, las prácticas educativas y disciplinarias de los padres varían a lo largo de dos dimensiones: **receptividad y exigencia-atención**, que supone

una disciplina consistente y contingente; en el cuestionario que hemos usado (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001) responde a las dos escalas de afecto/crítica y exigencia/control de normas.

De estas dos dimensiones se derivan los cuatro estilos educativos: Responsable (autoritativo), autoritario, permisivo y negligente (Maccoby y Martin, 1983). Los padres **responsables** combinan altos niveles de democracia, calidez en la relación, exigencia y atención. El **autoritario** es alto en control, pero le falta democracia y calidez; al **permisivo** le falta el control y al **negligente** le faltan ambas. Estos estilos de disciplina se relacionan con la conducta de los hijos en la niñez y posteriormente. De todos los estilos, el estilo educativo responsable parece conducir a un desarrollo adolescente sano (Baumrind, 1978; Marchant, Paulson y Rothlisberg, 2000; Paulson, Marchant y Rothlisberg, 1998; Steinberg, 2001). Los adolescentes educados en este estilo, muestran resultados de ser personas socialmente más competentes, tienen más éxito escolar, mejores relaciones con los iguales y menos problemas de internalización y externalización (Steinberg, 2001; Steinberg, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006). El estilo educativo responsable es más prevalente entre los europeos y americanos de clase media que entre las familias de menor estatus socioeconómico (Steinberg, 2001).

Formas leves de autoridad, incluso punitividad, no siempre conducen a graves problemas en la adolescencia (Baumrind, Larzelere y Cowan, 2002; Larzelere y Baumrind, 2010). Ahora bien, la dificultad está en saber gestionar el continuum de leve/grave y en coincidir en la definición de término punitividad en las distintas culturas, incluso dirigido a un nivel individualista/colectivista. Un estudio de meta-análisis de Gershoff (2002), muestra las contraindicaciones del uso del castigo como forma de control, y resalta que utilizar los métodos más cercanos al diálogo, al refuerzo positivo, a la atención, como estrategias de establecimiento de conductas, normas y límites.

De un tiempo a esta parte, el estudio de la disciplina se lleva a cabo también desde la denominada monitorización de los padres, línea teórica en la que destaca la aproximación dimensional que diferencia el control psicológico, del control conductual (Barber, 2002). Altos niveles de control psicológico llevan a problemas de internalización y externalización (Barber, 2002; Pettit, Laird, Bates, Dodge y Criss, 2001). En general, la monitorización parental inadecuada está asociada con problemas de externalización tales como el consumo de sustancias, el absentismo escolar y la conducta antisocial (Steinberg y Silk, 2002). Una buena monitorización está asociada con buenos rendimientos académicos y mejor ajuste adolescente (Pettit et al., 2001). No obstante, también existe un problema de acuerdo sobre la definición de la “monitorización parental”. Dentro de esta línea, una aproximación es la que trata sobre “cómo” se obtiene la información de los padres sobre las actividades de los adolescentes (Crouter y Head, 2002; Kerr y Stattin, 2000; Oliva, Parra, Sánchez y López, 2007).

A pesar de que los estilos educativos suelen constituir formas de comportamiento duraderos y consistentes, pueden modificarse, cambiando los pensamientos y las actitudes

que los sustentan (Carrobles y Gámez-Guadix, 2012; Valdivia, 2010). Aunque los estilos educativos no suelen darse puros y estables, de hecho, suelen mezclarse y solaparse. Padre y madre no siempre tienen los mismos criterios y normas y esto genera diferentes formas de hacer y diferentes expectativas sobre la crianza.

CAPÍTULO 5

CAPÍTULO 5.- Investigación. Antecedentes y primera evaluación del programa.

5.1.- Antecedentes

En Getafe, ciudad del cinturón sur de Madrid, con 172.983 habitantes, existen distintos tipos de servicios dependientes de distintas administraciones que realizan programas de Educación para la Salud. Uno de estos equipos es el Servicio Educativo que depende de la Delegación de Educación del Ayuntamiento. Dicha delegación conoce y coordina los programas educativos de las distintas administraciones que se implantan en el ámbito escolar, intentando evitar así solapamientos e intervenciones poco planificadas.

Contamos con 13 Institutos de Enseñanza Secundaria públicos y con 6 Centros Concertados con Enseñanza Secundaria Obligatoria. Es necesario decir que el Equipo Municipal de Educación en el que desarrollo mi trabajo, no tiene competencias ningunas en los Centros de Secundaria; así pues, toda la intervención que realizamos pasa por el beneplácito y la voluntariedad de cada centro.

Como dijimos, en el curso 1997-1998 coincidieron condiciones y circunstancias que produjeron un acuerdo técnico y político para poner en marcha el *Programa de Detección Precoz y Prevención de Trastornos de la Alimentación (Anorexia/Bulimia)* que se enmarca dentro del *Programa Preventivo y de Salud con Adolescentes*, iniciado en 1991 como una de las prioridades de trabajo en un Análisis de Necesidades realizado en conjunto con toda la comunidad educativa (padres, profesores y alumnos). Cuando surgió este programa, se constituyó un Equipo Interdisciplinar, coordinado por el Servicio Educativo formado por técnicos de:

- Concejalías de Educación, Salud, Servicios Sociales e Integración Social del Ayuntamiento de Getafe.
- Departamentos de Orientación de los Institutos, Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud y Servicio de Salud Pública del Área 10 de la Comunidad Autónoma de Madrid (C.M.)

Estas mismas instituciones organizaron una Mesa de Educación para la Salud que funcionó desde 1995 a 2003, y pretendía el establecimiento de una oferta racional de trabajo, a través de *Programas Comunitarios*, con un mismo talante en la metodología, planificación y evaluación de los mismos, para posibilitar la optimización de los recursos disponibles e implementar los programas oportunos. Uno de ellos, que aún perdura, es el *Programa Preventivo y de la Salud con Adolescentes*.

La elección de los Institutos de Enseñanza Secundaria (I.E.S.) como frente de entrada y lugar de desarrollo del programa, podría estar justificada porque en estos centros es donde se encuentran los chicos y chicas de 12-13 años, adolescentes diana de nuestra intervención, pero no sólo por esto decidimos realizar el programa en los I.E.S., sino porque también se encuentran aquí los agentes de socialización más importantes para estas edades (profesores y grupo de iguales).

El trabajo en cada curso, se desarrolla en dos momentos diferenciados:

- Análisis y diagnóstico situacional (contacto con los centros, aplicación de cuestionarios, análisis estadístico, elaboración de informes, determinación de personas de riesgo y entrevistas diagnósticas).
- Decisión y ejecución de las intervenciones (análisis de la situación, consenso de variables a trabajar, inicio de los grupos/talleres de trabajo con adolescentes y familias).

En los dos primeros años del programa (pilotaje, ajuste de intervenciones y evaluación), participó además de los servicios comunitarios y asistenciales de la zona, la Asociación de Antiguos Alumnos del Centro de Psicología Bertrand Russell coordinados por Verania Andrés, experta en Trastornos del Comportamiento Alimentario (Andrés, Cariñanos, Díaz-Merino, Martín, Martos, Vázquez y Villanueva, 2002).

Además de las coordinaciones estables con los Institutos de Educación Secundaria, tutores y departamentos de orientación, contamos con la colaboración de los centros asistenciales de la localidad: Centro de Salud Mental y Hospital de Getafe.

Con este bagaje, los objetivos del Programa siguen al día de hoy vigentes y son:

5.1.1.- Objetivos Generales

- Prevención de los trastornos de la alimentación
- Detección precoz de la problemática alimentaria, con el fin de disminuir la probabilidad de que el trastorno se desarrolle y mantenga.

5.1.2.- Objetivos Específicos

- Sensibilizar, implicar e informar a la Comunidad Educativa de los objetivos del proyecto.
- Detectar a los adolescentes con factores de riesgo (recomendación 6.5 Sistema Nacional de Salud, 2009) (Estrada, Turón, Rodríguez y Benítez, 2009).
- Proporcionar información y formación a los distintos agentes educativos sobre los indicadores de riesgo y primeros síntomas (Calvo, 2002; Ruiz-Lázaro, 2002).

- Fomentar recursos personales en el profesorado para la atención del alumnado.
- Informar sobre los recursos asistenciales existentes (rec. 7.2.3 SNS. 2009).
- Realizar talleres de Entrenamiento en Habilidades Personales con los adolescentes de riesgo y sus familias (rec. 5.3 SNS. 2009).
- Realizar derivación y seguimiento de los alumnos en riesgo detectados (rec. 7.2.5 SNS. 2009).

5.1.3.- Procedimiento

El Proyecto se ha desarrollado durante quince cursos (15 años) consecutivos y las acciones realizadas han sido:

5.1.3.1.- Formación de distintos agentes educativos

Al iniciar el programa, se realizaron varios seminarios de formación sobre criterios de riesgo y estrategias de observación para tutores, profesores, departamentos de orientación y pediatras, en colaboración con el Centro de Profesores y Recursos de Getafe y con los Centros de Salud y especialistas de Salud Mental (rec. 6.9 SNS. 2009). Al desaparecer los Centros de Profesores, se abandonó esta estrategia. Posteriormente, se ofreció unas Hojas información para que se entienda bien la lectura de los factores de riesgo de TCA en el aula escolar, y la devolución que se realiza con los Departamentos de Orientación y con los tutores, se matiza y se amplía dicha información.

5.1.3.2.- Obtención de datos, análisis estadístico y cribaje de alumnos de riesgo

Siempre, a principio de curso, se mantiene una reunión con los Departamentos de Orientación de todos los I.E.S., para explicar, motivar y establecer criterios de participación en el programa (implicación en la recogida de datos, observación de los alumnos detectados como de riesgo). Hasta el momento, el proyecto ha supuesto la implicación de los participantes reflejada en la Tabla 5.1:

Tabla 5.1.- Distribución muestral de alumnos por edad en el programa. Curso 1.997-98 hasta el 2013-2014.

<i>Edad</i>	<i>Chicos</i>	<i>Chicas</i>	<i>Total</i>
11 Años	94	108	202
12 Años	1731	1713	3444
13 Años	2939	2828	5767
14 Años	1119	1094	2213
15 Años	580	428	1008
16 Años	95	100	195
Total	6.558	6.271	12.829

Previo a la obtención de datos se pide el consentimiento informado de los padres a través de una carta en que pueden expresar su desacuerdo, esto no suele ocurrir pues se plantea como una actividad planificada por el instituto en la faceta de prevención de la salud. Se asegura la confidencialidad asignando un código numérico a los cuestionarios que solo el tutor y el responsable del programa conocen, siguiendo los criterios de protección de datos.

La obtención de datos, con el fin de evaluar la presencia de factores implicados en los trastornos de la alimentación se realiza a través de dos cuestionarios, el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitude Test (EAT-26), Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982)) y el Inventario de los Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory (EDI), Garner, Olmsted y Polivy (1983)). Ambos cuestionarios están recomendados para intervenciones de cribaje y no para diagnóstico de TCA (Fairburn y Beglin, 1990; Mann et al, 1983; Szumkler, 1985), aunque se insiste mucho en que los propósitos del EDI, que hay que respetar en las interpretaciones, pasan por *evaluar ciertos problemas psicológicos que son frecuentes y clínicamente relevantes en los TCA*, no son rasgos exclusivos de este trastorno.

A pesar de que el EDI se ha ido ampliando y modificando en sucesivas versiones, hemos seguido utilizando esta versión para poder mantener continuidad en el análisis de los datos y no afecten la fiabilidad y validez de dichos datos. Los factores que miden dichos cuestionarios son:

EAT-26.- Consta de tres subescalas: **EAT1** Dieta, **EAT2** Bulimia/preocupación por la comida y **EAT3** Control oral y una Puntuación Total.

EDI.- Consta de ocho subescalas: **EDI1** Tendencia a adelgazar, **EDI2** Bulimia, **EDI3** Insatisfacción corporal, **EDI4** Inefectividad, **EDI5** Perfeccionismo, **EDI6** Desconfianza Interpersonal, **EDI7** Conciencia interoceptiva, **EDI8** Miedo a madurar.

Paralelamente, para cada alumno, se obtienen otros datos, a través de un cuestionario auto-informe de propia elaboración, de las variables sobre la adolescencia que completan los informes para los tutores (Técnicas y Hábitos de Estudio, Auto-concepto, Relaciones Familiares, Nuevas Tecnologías, Convivencia, entre otras). Se recoge la opinión de los adolescentes, y de los padres y madres por separado a través del cuestionario **Estilos Educativos Familiares** (EA –ENE; Fuentes, Motrico y Bersabé (2001)).

5.1.3.3.- Tabulación, depuración de datos y análisis de muestra.

Según se van recogiendo los cuestionarios, se pasa a la fase de tabulación de datos. Se construye una base de datos (EAT-26, EDI y variables específicas de adolescencia) con apoyo en lectora óptica y otra en forma manual (Estilo Educativo Familiar), se

depuran ambas bases de datos y se obtienen los descriptivos y las tablas de frecuencias necesarios para confeccionar los informes (uno por centro y otro por cada aula) y obtener los listados de riesgo en TCA (para cada aula).

Todo este proceso de depuración y análisis se realiza con el programa informático SPSS 22 para Windows.

Los datos estadísticos que justificaron el diseño del programa, su mantenimiento, la determinación de puntos de corte de riesgo y el establecimiento y continuidad de los talleres con adolescentes y sus familias, se exponen en el apartado de datos.

5.1.3.4.- Cribaje de alumnos y entrevista clínica

A partir de los listados de adolescentes de riesgo, se planifican reuniones de devolución de los informes a los Departamentos de Orientación y tutores, y se ratifican los alumnos de riesgo a los que los dos psicólogos responsables (M^a José Petit y José de la Corte) del programa realizamos una entrevista diagnóstica semi-estructurada, previo consentimiento informado de las familias, para establecer una decisión más fiable (Fairburn y Beglin, 1990; Sheinhouse, Winkler y Meier, 1997; Sullivan, Bulik y Kindler, 1998). Esto nos sirve para la derivación de los adolescentes a los recursos asistenciales de la zona (Servicio de Salud Mental o Hospital), según criterios clínicos de DSM-IV y CIE-10 (rec. 7.15 SNS. 2009) o a los programas de los Servicios Comunitarios propios o de otras delegaciones (Grupos de Prevención Secundaria de TCA, Grupos de Entrenamiento en Habilidades Personales, Auto concepto, Autoestima, Deportes, Juventud, entre otros).

Esta reunión de ratificación de casos de riesgo es muy importante, pues ayuda a solucionar posibles casos de deseabilidad social o falseamiento de los datos. Los tutores, ya en el segundo trimestre, conocen a los alumnos y son capaces de dar un criterio muy acertado sobre la posibilidad de que se realice o no entrevista de ratificación de riesgo (criterio último para hacer una derivación clínica). Cercano a esta estrategia, está el estudio de Johnson-Sabines, Wood y Patton (1988) en el que el único caso de AN detectado, fue a través de la inclusión de adolescentes que no habían participado en el cribaje. Para solucionar este posible sesgo, en esta reunión con tutores, basta con la opinión/preocupación de tutores u orientadores, también se les realiza la entrevista clínica.

Además, gracias a la formación y el tiempo que el programa se lleva realizando, existe ya una amplia red de alerta comunitaria. Incluso el riesgo de falseamiento o deseabilidad social se ve aminorado por la edad, y por este procedimiento. En el momento de la validación del programa, a pesar de que existían entrevistas ajustadas a los criterios diagnósticos (EDE) de Fairburn y Cooper (1993), se usó en ese momento la entrevista ENDEFA (Andrés et al., 2002), construida para la evaluación de este programa de intervención, con una duración menor pero con la misma necesidad de formación clínica.

En este momento es necesario señalar la importancia que ha tenido para este programa la estabilidad de los Departamentos de Orientación en los centros y la formación realizada con ellos, con los tutores y con los pediatras. La revisión de los datos de la Comunidad de Madrid entre 2003-07, a través del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades (SIVFREN), muestra que Getafe fue uno de los pocos municipios que no hizo derivaciones fuera del Área 10 de Salud, debido posiblemente al trabajo comunitario, y la buena coordinación de los recursos asistenciales.

A partir de los datos obtenidos por las entrevistas, las conversaciones con los tutores, departamentos de orientación y familias, se planifican los talleres en los que se trabaja con los adolescentes y paralelamente con las familias.

5.2.- Datos epidemiológicos sobre TCA en el inicio del programa y datos de prevalencias³

Dado que todo el análisis de datos posterior se sustenta en la existencia del *Programa Preventivo y de Salud para Adolescentes*, me parece importante justificar su puesta en marcha y los datos iniciales que hicieron que el programa continuara hasta nuestros días. Por importancia en la efectividad del programa, antes de tratar y relacionar otras variables (estilos educativos, percepción y auto-concepto), empezaré por hablar de la detección precoz de los Trastornos de la Alimentación.

En los dos primeros años (1997-1998) de puesta en marcha del Programa Preventivo y Detección Precoz de TCA (fase experimental y de pilotaje), se realizaron análisis estadísticos de los datos obtenidos en los cuestionarios para establecer los nuevos criterios y la definición de riesgo, dado que los criterios estadísticos de ambos cuestionarios EAT-26 y EDI no estaban, en ese momento, adaptados a las poblaciones normalizadas de 12 a 14 años. En esta tarea participaron, además de los psicólogos responsables del programa, la Asociación de Antiguos Alumnos del Centro de Psicología Bertrand Russell en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma y el Servicio de Salud Pública del Área 10 de la Comunidad de Madrid. Así, para considerar a un alumno de riesgo, se establecieron los siguientes criterios:

- Tener más de 15 puntos, criterio muy conservador para asegurar la detección de posibles riesgos, y bajar el número de falsos negativos, en la

³ Realizados en el curso 97-98 por el Servicio de Salud Pública existente en ese momento y el Servicio Educativo de la Delegación de Educación del Ayuntamiento.

puntuación EAT total (a partir del segundo año, tras los primeros análisis, se amplió el punto de corte al definitivo de 20 puntos).

- Tener cuatro o más factores del EDI con una puntuación superior a la media más una desviación típica, por las claves de corrección, una puntuación baja indica ausencia de riesgo. Puesto que las puntuaciones obtenidas en el cuestionario EDI están afectadas significativamente por la edad y el sexo, para determinar el riesgo, al realizar los análisis oportunos, se han tenido en cuenta los puntos de corte que aparecen en la Tabla 5.2 y que son los que hasta la actualidad estamos utilizando.

Tabla 5.2. -Cuestionario EDI. Puntos de corte de establecimiento de riesgo desagregado por sexo e intervalo de edad (12-13 años y 14-15 años) en comparación con los baremos de origen del test (en cursiva y negrita).

<i>Factores del EDI⁴</i> (Estudio Getafe/ <i>Baremación española</i>) (1997-2015)	<i>Chicos</i>		<i>Chicas</i>		<i>Chicas</i>	
	<i>12-13 / 13-14</i>		<i>12-13 / 13-14</i>		<i>14-15 / 15-16</i>	
	(3770)	(886)	(4541)	(801)	(1699)	(742)
EDI1 Tendencia a adelgazar	7/7		9/13		6/7	12/14
EDI2 Bulimia	3/5		3/5		3/6	3/5
EDI3 Insatisfacción corporal	9/9		13/17		9/10	16/18
EDI4 Inefectividad,	6/7		7/10		7/7	9/9
EDI5 Perfeccionismo	9/9		8/9		8/9	8/8
EDI6 Desconfianza Interpersonal	6/8		6/7		6/7	6/8
EDI7 Conciencia interoceptiva	7/9		8/11		8/9	10/11
EDI8 Miedo a madurar	13/14		12/12		12/12	12/11

Existen problemas metodológicos muy importantes para determinar la prevalencia de los TCA por los diferentes criterios diagnósticos y también porque los casos que no son puros, no suelen incluirse en los estadísticos (Ruiz-Lázaro, 2002).

Entre 0,5-1% de chicas cumplen criterios clínicos completos de AN y entre los pacientes con AN, sólo el 4-10% son varones, dándose una proporción de 1 varón por 9 mujeres en AN y de 1 varón por 5 mujeres en BN.

A partir de los 13 años, la frecuencia se incrementa rápidamente hasta una máxima frecuencia de comienzo a los 17-18 años y los momentos de mayor riesgo están entre los 14 y 18 años. Para Morandé (1999), el 80% de los casos se da en la adolescencia siendo entre los 14 y 15 años cuando es más frecuente su aparición.

⁴ El EDI en su baremación española (Corral, González, Pereña y Seisdedos, 1998), ofrece los datos descriptivos y diferenciales agrupados en 13-14 años, 15-16 años y 17-18 años y aunque no sean totalmente comparables, ofrezco los datos de 13-14 a. y 15-16 a. junto a los obtenidos en nuestro análisis con la agrupación 12-13 a. y 14-15 a.

Según el protocolo del INSALUD de 1995, en los países europeos se aceptaría una prevalencia cercana al 1% para la AN y del 2-3% para la BN, ambas en mujeres jóvenes, y aun hoy parece asumido (APA, 2013) que, con fluctuaciones, las prevalencias más reales y estables sean 0,5% para AN y 3% para Bulimia Nerviosa.

Respecto a las prevalencias en nuestro país, es más complicado hacer referencias comparativas entre estudios, pues en muchos de ellos los criterios en los que se basa el diagnóstico varían (DSM-III-R – DSM-IV – CIE-9 – CIE-10) y tal vez lo más completo para muestras españolas, sea la información que ofrece Ruiz-Lázaro (2002).

Y algo más actualizada y con datos internacionales la que ofrecen Rojo y Cava (2003). Así, con datos de ambas, se construye la tabla siguiente.

Tabla 5.3.- Porcentaje de personas de riesgo de TCA en distintos estudios epidemiológicos.

*Superan los puntos de corte de los cuestionarios

AUTORES	AÑO	n	Riesgo* Varones	Riesgo* Mujeres	EDAD	
Toro y cols.	1998	1264	1.2%	9.8%	12-19	
Canals y cols.	1990	520			13-14	Medias diferentes en chicos (13.6) y chicas (15.3)
Raich y cols.	1991	2418	2.6%	7.3%	14-17	
Carbajo y cols.	1995	515	8.3%	12.4%		Continuación del estudio de Canals
Morandé y cols.	1985-86- 87		1.2%	11.6%	Adol.	
Morandé y cols.	1993-94		1.96%	17.36%		
Loureiro y cols.	1996	607		13%	14-17	
Pérez-Gaspar	1997	2862			12-21	Prevalencia total en TCA 4.1%
Ferrero y cols.	1999	1962	AN 3.3% BN 0.82%	AN 16.21% BN 2.93%	14-21	
Gandarillas y cols.	2000	4334	2.2%	15.3%	15-20	
Martínez y cols.		860	1.8%	12.8%	Adol.	
Grupo ZARIMA	1997	4047	3.3%	16.32%	12-18	
GETAFE	1997 a 2015	12829	11.9%	16.7%	12-16	

Uno de los trabajos nacionales más parecido al de Getafe, en edad y procedimiento es el del Grupo ZARIMA-Prevención de Zaragoza (Ruiz-Lázaro et al.,

2010), en las Tablas 5.4 y 5.5 pueden verse los datos comparativos de riesgo. Será interesante observar cómo han cambiado los datos de unas mismas edades en distintos años (salvando las diferencias en características de la muestra, sobre todo el contexto).

Tabla 5.4.- Porcentaje de riesgo según sexo y edad en Zaragoza y Getafe.

EDAD	Varones (Zar.)	Mujeres (Zar.)	Varones (Get.)	Mujeres (Get.)
12	7%	7.1%	13.5%	13.7%
13	7%	14.3%	10.6%	16.4%
14	0.9%	16.6%	12.8%	21.2%
15	1.1%	17.8%	11.9%	20.6%

Tabla 5.5.- Porcentaje de riesgo en factores de EAT-26 y EDI según sexo en Zaragoza y Getafe.

Factor	Varones (Zar.)	Mujeres (Zar.)	Varones (Get.)	Mujeres (Get.)
EAT Total	5.1%	10.5%	5.4%	10.7%
EAT1	2.3%	6.2%	12.9%	13.2%
EAT2	0.5%	1.1%	14.7%	8%
EAT3	2.2%	3.2%	13.9%	12.1%
EDI1	2.0%	5.7%	12.5%	16.7%
EDI2	1.1%	1.2%	18.1%	17%
EDI3	3.7%	9.9%	13.7%	17%
EDI4	2.4%	3.4%	13.4%	11.7%
EDI5	4.6%	3.6%	20.1%	17.9%
EDI6	3.8%	3.4%	16.5%	16.3%
EDI7	3.0%	4.5%	15.2%	14%
EDI8	7.2%	6.6%	15.4%	18.3%

Bastante más comparable que los datos de prevalencia del trastorno, es el número de alumnos de riesgo, pues parecen coincidir mucho más los estudios en los cuestionarios de cribaje utilizados, mayoritariamente EDI y EAT-26 (Gardner et al., 1982).

En nuestro caso, la prevalencia (número de casos detectados) estimada de enfermedad es de 0,8% (no se especifican los casos de AN, Bulimia o TCA-NE, porque el objetivo era la detección de posible trastorno para su derivación, y no su diagnóstico clínico). La prevalencia estimada de tener factores de riesgo, de padecer en un futuro la enfermedad, es de un 10%.

Si nos fijamos en los varones, los datos obtenidos en los años ininterrumpidos en que se ha desarrollado el programa, ofrecen un porcentaje muy superior al resto del estudio comparado (Zaragoza) no tanto en las chicas. Podría ser debido a que los criterios de riesgo que nosotros hemos usado, están adecuados a la edad y al sexo, existiendo

grandes diferencias en el salto entre 13 y 14 años, criterio que no se suele tener en cuenta en otros estudios y que hace que los datos sean algo dispares. Los datos son concordantes con otros estudios nacionales e internacionales (Ruiz-Lázaro, 2002; Rojo y Cava, 2003), aunque ya vimos que no existe un acuerdo unánime en las mediciones (Peláez et al., 2005), al utilizar distintos diseños experimentales e instrumentos de evaluación.

5.3.- Sensibilidad y especificidad. Valor del cribaje

En las Tablas 5.6 y 5.7 se especifican algunos datos epidemiológicos y estadísticos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo que, tras diseñar un procedimiento a doble ciego, justificaron la continuidad del programa (curso 2014-15).

Es frecuente en estudios de doble fase no estudiar los cuestionarios de cribaje inicial y no realizar entrevistas a casos control que no ofrecen puntuaciones de riesgo en esos cuestionarios. Se utilizó el procedimiento a doble ciego en dos fases, con casos de riesgo y control, independientemente de que los cuestionarios usados estaban ya estudiados por sus propios autores (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). Aun así, siempre se tiene en cuenta que la dificultad de acuerdo e incluso la objetivación de términos de importancia a través de indicadores (Wilfley, Schawartz, Spurrell y Fairburn, 1997) pueden restar fiabilidad a los datos, pero no podemos olvidar que para nuestro objetivo principal: **Prevenir a través de la Detección precoz**, eran más que suficientes estos datos positivos. Se plantearon los talleres para reforzar el intento de evitar que los adolescentes iniciaran el trastorno, pero no para realizar un “tratamiento”, siempre fuera de nuestro competencias administrativas.

Cuando la prevalencia del trastorno es baja, un resultado negativo (especificidad alta) permitirá descartar la enfermedad con mayor seguridad, siendo así el valor predictivo negativo mayor. Por el contrario, un resultado positivo (sensibilidad elevada), no permitirá confirmar el diagnóstico, resultando en un bajo valor predictivo positivo (Pita y Pértegas, 2003).

Tabla 5.6.- **Atributos de los criterios de riesgo utilizados al inicio del programa** (en el EAT-26 se usó en un primer momento el punto de corte 15 puntos con criterio conservador en letra normal. En la actualidad se usan 20 puntos y las puntuaciones con este valor, si en aquel momento hubiera sido el elegido, se reflejan en negrita). Los cálculos se realizan con 273 entrevistas a alumnos de riesgo y 45 controles.

	<i>Sensibilidad</i> %	<i>Especificidad</i> %	<i>Valor Predictivo</i> <i>positivo</i> %	<i>Valor Predictivo</i> <i>negativo</i> %
Tener factores de riesgo según EDI(8F) o EAT(>15 y >20) (derivación a talleres)	62,5/ 50	77,4/ 86,2	6,9/ 8,9	98,7/ 98,4
Ser caso clínico según EDI(8F) o EAT(>15 y >20)	93,7/ 87,5	68/ 77,7	7,3/ 9,6	99,7/ 99,5
Ser caso clínico según EAT(>15 y >20)	81,2/ 75	74/ 86,9	7,8/ 13,4	99,3/ 99,2
Ser caso clínico según EDI(8F)	68,7/ 68,7	84,8/ 84,8	11/ 11	99/ 99

Tabla 5.7.- **Atributos de los criterios de riesgo utilizados en la actualidad** (en este caso, el punto de corte en el EAT26 es de 20 puntos y se ha intentado bajar el número de factores del EDI a 5 en lugar de los tradicionales 8, las puntuaciones con este valor se reflejan en negrita). Los cálculos se realizan con 121 entrevistas a alumnos detectados de riesgo en tres cursos sucesivos. En este caso no se contó con casos de control para los cálculos, de ahí el bajo valor de la especificidad. El intento de bajar el número de factores del EDI de 8 a 5, viene motivado menos entrevistas a realizar, y menos recursos técnicos de este programa.

	<i>Sensibilidad %</i>	<i>Especificidad %</i>	<i>Valor Predictivo positivo %</i>	<i>Valor Predictivo negativo %</i>
Ser caso clínico según EDI(5F) o EAT(>20)	88,8/ 66,6	4/ 29,4	6,9/7	83,3/ 91,6
Ser caso clínico según EAT(>20)	55,5/ 55,5	42,8/ 42,8	7,2/ 7,2	92,3/ 92,3
Ser caso clínico según EDI(5F)	82,8/ 55,5	25,8/ 61,6	8,7/ 10,4	96,6/ 94,5

Ya en la adaptación española (Castro et al., 1991) se hacía constar la diferencia entre la sensibilidad y la especificidad con respecto al trabajo de los autores (Gardner et al., 1982), y se justificaba por la mayor edad de las muestras americanas y por la constitución de la muestra, fundamentalmente personas con el trastorno clínico.

5.4.- Análisis estadísticos para avalar la realización de talleres. Evaluación Pre-post

De los adolescentes **derivados a talleres a través de entrevista, con asistencia o no**, se obtuvieron los siguientes datos que motivaron la estrategia de realización de talleres con los chicos de riesgo. Según los datos de la adaptación española, es esperable que, por la intervención psicoeducativa, se puedan producir mejoras en todas las escalas y algo menos en Miedo a Madurar y así ocurre en todas menos en Insatisfacción Corporal (EDI3) e Ineficacia (EDI6), esto puede deberse a que la evaluación Post se ha realizado al paso de un año y ambas variables son muy sensibles a la edad.

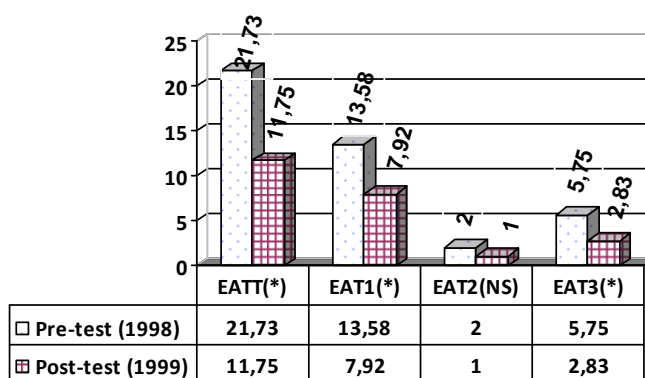


Figura 5.1.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test, al paso de un año en el cuestionario EAT-26 (riesgo>15) (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. ENTREVISTADOS Y RECOMENDACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN TALLERES (Asistencia N=12).

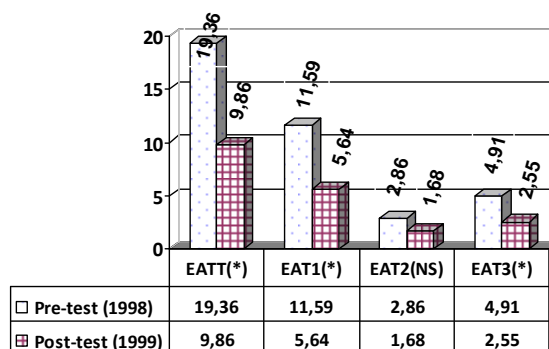


Figura 5.2.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EAT-26 (riesgo>15) (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. ENTREVISTADOS Y RECOMENDACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN TALLERES (No Asistencia N=22).

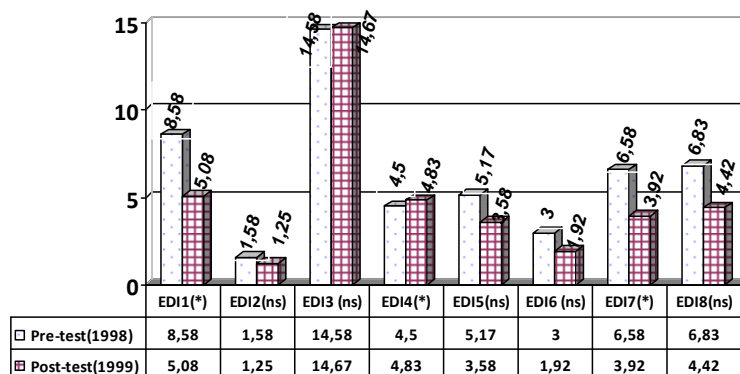


Figura 5.3.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EDI (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. ENTREVISTADOS Y RECOMENDACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN TALLERES (Asistencia N=12).

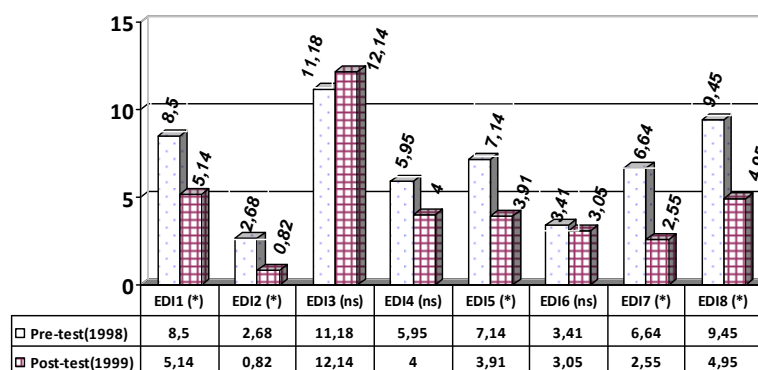


Figura 5.4.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EDI (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. ENTREVISTADOS Y RECOMENDACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN TALLERES (No Asistencia N=22).

La no asistencia a talleres de prevención fue decisión de las familias, y aunque los datos parecen indicar que se produce un efecto similar en la evolución, asistan o no a los talleres, en las entrevistas telefónicas que se han realizado con ellos **al paso de 13 años**, nos informan que les sirvió para afianzar en ese momento su autoestima y relativizar el efecto de las modas, la publicidad. Sólo una de las personas entrevistadas estuvo en tratamiento de TCA y no había asistido a los talleres de prevención por decisión de sus padres (de 212 posibles contactos, los localizados y entrevistados fueron 86 (41%), los localizados y no entrevistados fueron 6 (3%), y los no localizados, por cambio de domicilio o cambio de teléfono de contacto, fueron 120 (56%).

En la evolución, las puntuaciones medias de los adolescentes detectados de riesgo en TCA según el EAT-26, se reducen drásticamente, acercándose algunas subescalas a las puntuaciones medias de los adolescentes detectados que no presentaban riesgo en la encuesta inicial (Figura 5.5 y 5.6).

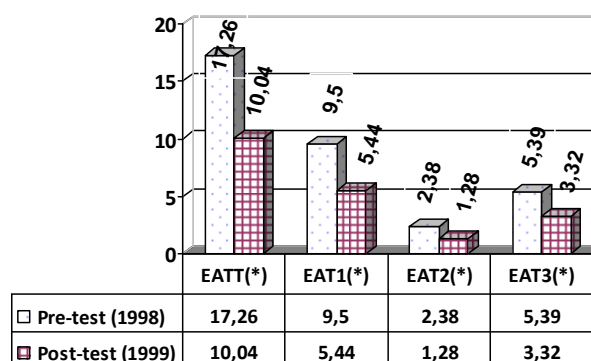


Figura 5.5.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EAT-26 (riesgo>15) (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. ENTREVISTADOS/RIESGO N=72.

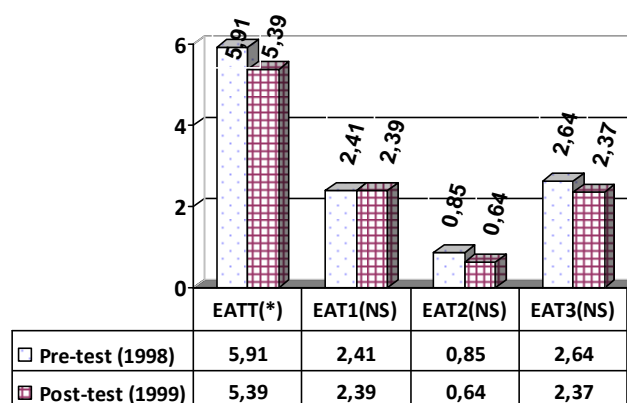


Figura 5.6.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EAT-26 (riesgo>15) (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. NO ENTREVISTADOS/NO RIESGO N=204.

Respecto al EDI, las puntuaciones medias de los adolescentes detectados de riesgo, también se reducen, no se acercan a las puntuaciones medias de los adolescentes detectados que no presentaban riesgo en la encuesta inicial (Figura 5.7 y 5.8).

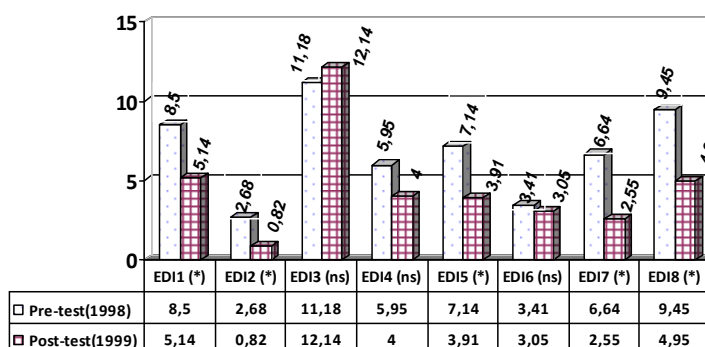


Figura 5.7.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EDI (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p < 0,05 (*)$. ENTREVISTADOS/RIESGO N=72.

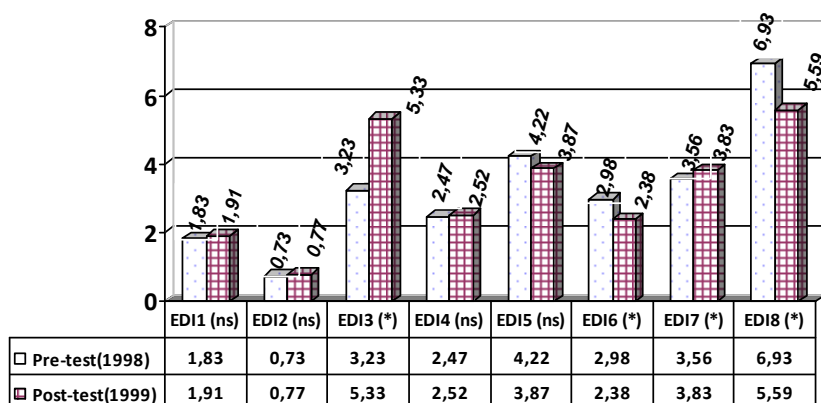


Figura 5.8.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de un año en el cuestionario EDI (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p < 0,05 (*)$. NO ENTREVISTADOS/NO RIESGO N=204.

Las Figuras 5.9 y 5.10 muestran los mismos datos durante el periodo 2007-09, muestra longitudinal al paso de 2 años. Puede observarse que los datos en los alumnos de no riesgo, son muy parecidos y estables en la evolución, algo más elevados en los detectados de riesgo en el EAT-26. Las Figuras 5.11 y 5.12 muestran las diferencias en las puntuaciones e el EDI, en los factores 1 y 8 de EDI (Tendencia a adelgazar y Miedo a madurar). No se establece diferencia entre asistencia a talleres o no, porque en este periodo (07-09) no se realizaron por imposibilidad técnica.

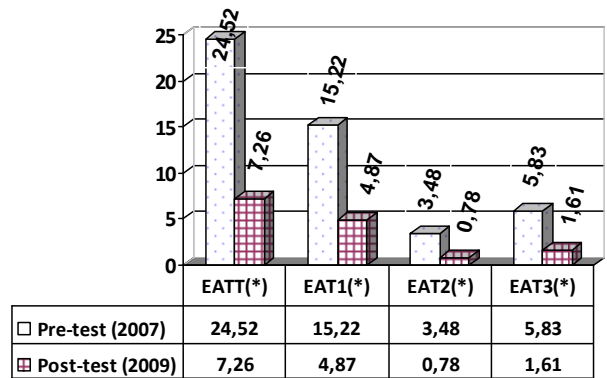


Figura 5.9.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de dos años en el cuestionario EAT-26 (riesgo>20) (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. TOTAL RIESGO N=23.

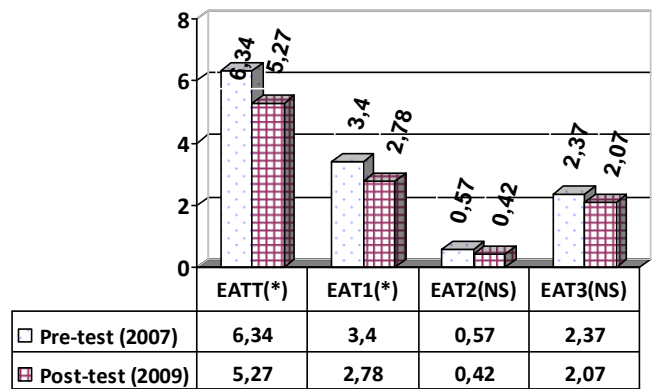


Figura 5.10.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de dos años en el cuestionario EAT-26 (riesgo>20) (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. TOTAL NO RIESGO N=143.

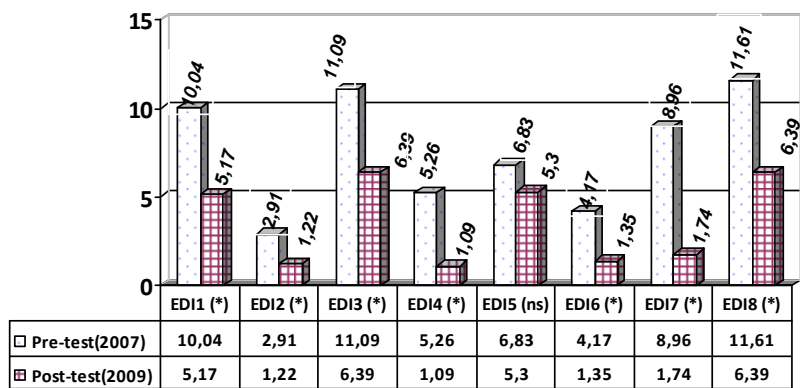


Figura 5.11.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de dos años en el cuestionario EDI (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p<0,05(*)$. TOTAL RIESGO N=23.

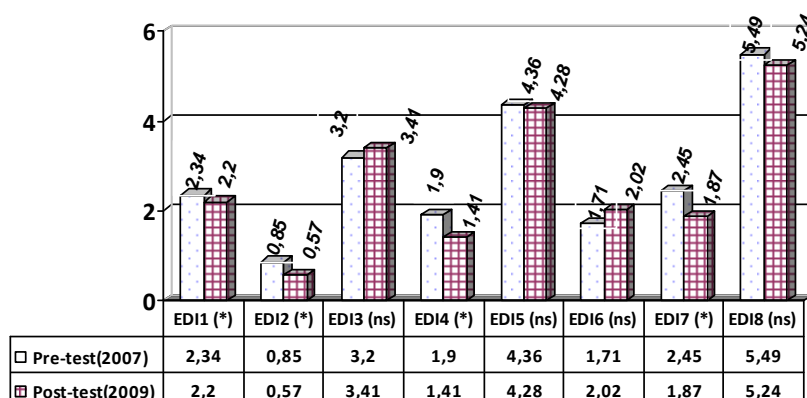


Figura 5.12.- Resultados (medias) de la evaluación Pre-test y Pos-test al paso de dos años en el cuestionario EDI (Wilcoxon/muestras relacionadas), $p < 0,05$ (*). TOTAL NO RIESGO N=143.

Las diferencias en los datos del EAT-26 de los alumnos de riesgo más actuales (año 2007) con respecto a los más antiguos (año 1998), son mayores en la primera medición y la bajada en el tiempo, aun sin intervención, es mayor. En el EDI, los datos son más parecidos/estables en el tiempo, excepto en el factor Miedo a Madurar y Tendencia a Adelgazar que es superior en el último periodo (año 2007). Los cambios se producen de la misma manera en todos los factores, excepto en Insatisfacción Corporal y Miedo a Madurar que es mayor en el más actual (año 2007).

Tabla 5.8.- Mejora en las escalas del EDI después de tratamientos. Obtenida de Corral et al. (1998).

Autor y año	Tipo de Intervención	Duración tratamiento	Intervalo	Escalas							
				DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF
Connors et al (1984)	Grupo educativo	9 sem.	10 meses	+	+		+				
Wooley y Kearney-Cooke (1986)	Grupo intensivo	4 sem.	Post-trat. y un año	+	+	+	+	+	+	+	+
Laessle et al (1987b) Pre-Post Seguimiento	Conductual grupal	4 meses	3 meses	+		+	+		+	+	
Freeman et al (1988)	Conductual-cognitivo Conductual	15 sem.	Post-trat.	+	+	+	+			+	
		15 sem.	Post-trat.	+	+	+	+	+	+	+	
		15 sem.	Post-trat.	+	+		+			+	+
Berry y Abramowitz (1989)	Grupos de apoyo educativo	6 sem.	6 sem.	+	+		+		+	+	
Garner et al (1990).Pre/Post Buen resultado Mal resultado	Conductual cognitivo o psicodinámico			+	+	+	+	+		+	
				+	+		+			+	
Olmsted et al. (1991)	Conductual-cognitivo Educativo			+	+	+	+	+	+	+	+
Mitchell et al. (1990)	Grupal Drogas			+	+	+	+	+	+	+	+
				+		+			+		
Datos Getafe (1997- 1999)	Grupo psicoeducativo	7 sem.	12 meses	+	+			+	+	+	+

En la adaptación de la prueba, se recomienda que se divulguen las medias obtenidas en las escalas del EDI antes y después del tratamiento/intervención para facilitar la comparación entre unos y otros estudios (ver Tabla 5.8). Aunque ya dije que no podemos tomar como tratamientos la asistencia a talleres, si nos sirve como indicador de comparación sobre todo con los que referencian que han utilizado grupo educativo y cognitivo-conductual. En el momento en que los cuestionarios se estaban baremando y adaptando a las poblaciones, encontramos bastantes datos en este sentido, pero en la actualidad es muy difícil encontrar datos que den referencias de este tipo, pues se dan por buenos los valores ya conseguidos, se usan los cuestionarios para el cribaje, pero no se profundiza en los datos obtenidos.

CAPÍTULO 6

CAPÍTULO 6.- Propiedades psicométricas de los instrumentos de medida

6.1.- Análisis estadísticos y determinación de puntos de corte e influencia del sexo y la edad en los cuestionarios de Estilos Educativos y Trastornos de la Alimentación

Este capítulo va a describir los cuestionarios de cribaje utilizados y sus propiedades psicométricas, con el fin de concretar los análisis justificativos para los puntos de corte de riesgo, las etiquetas y los significados de los factores.

En el momento del inicio del Programa Preventivo era habitual establecer los cortes de edad, en 13-14 años adolescencia temprana, y 15-16 años adolescencia media. Nuestra práctica en las entrevistas y el análisis pormenorizado de datos, indican tomar en consideración los 12-13 años como adolescencia temprana y 14-15 años como adolescencia media, coincidiendo con algunos estudios, como los realizados por parte de la American Academy of Pediatrics (2015).

Tanto para Trastornos del Comportamiento Alimentario como para los Estilos Educativos, se han realizado pruebas de diferencias de medias para establecer los intervalos de edad oportunos a la hora de determinar los riesgos alimentarios.

Para Estilos Educativos se han tomado en consideración las puntuaciones de los adolescentes en los factores de las dos **Escala de Afecto y de Normas**, según agrupados por Edad (Tabla 6.1).

Tabla 6.1.- Diferencia de medias entre intervalos de edad para determinar las agrupaciones de edad y el cálculo de riesgos en la Escala de Estilos Educativos.

		EAh 1p	EAh 2p	EAh 1m	EAh 2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
Intervalo 12 (271)-13 (1873)	t g.l. 2142	1,621	1,714	1,274	1,937	1,705	-2,637	-,059	2,268	-1,824	-,051
	Sign.	,105	,087	,203	,053	,088	,008	,953	,023	,068	,959
	T. Efec.	,11	,11	,08	,13	,11	,17	,00	,15	,12	,00
Intervalo 13 (1873)-14 (479)	t g.l. 2339	4,704	5,734	5,578	5,904	4,345	2,907	2,515	4,352	2,826	3,253
	Sign.	,001	,001	,001	,001	,001	,004	,012	,001	,005	,001
	T. Efec.	,23	,19	,27	,28	,21	,14	,12	,21	,14	,16
Intervalo 14 (479)-15 (173)	t g.l. 638	,106	,143	,152	-,143	-,594	,516	-,330	-,216	1,230	-,008
	Sign.	,916	,887	,880	,887	,553	,606	,742	,829	,219	,993
	T. Efec.	,01	,01	,01	,01	,05	,04	,02	,01	,10	,01

Tanto los datos de significación y de tamaño del efecto de las diferencias de medias en el intervalo 13-14 años, deja claramente la diferencia en este salto de edad,

pudiendo establecer con cierta seguridad los dos bloques de edad 12-13 años y 14-15 años y que los datos no estarán sesgados por la influencia de esta variable.

La Tabla 6.2 muestra los puntos de corte establecido para determinar los riesgos, en este caso, a partir de la media menos una puntuación típica (pues las puntuaciones bajas son las que expresan los déficits). Como puede observarse, la influencia mayor es de la edad y no tanto del sexo.

Tabla 6.2.- Puntos de corte por factor, en escala de los Estilos Educativos según sexo y edad.

Corte riesgo	Chicos (12-13)	Chicos (14-15)	Chicas (12-13)	Chicas (14-15)
EAh1p ⁵	23	20	21	17
EAh2p	29	25	28	25
EAh1m	27	23	27	24
EAh2m	29	26	29	26
EA1m	31	29	32	29
EA2m	29	28	31	29
EA1p	27	26	27	24
EA2p	30	29	21	29
ENEh1p	24	23	23	20
ENEh2p	16	14	16	14
ENEh3p	20	19	20	20
ENEh1m	26	24	25	23
ENEh2m	15	13	15	13
ENEh3m	21	19	21	20
ENEm1	30	29	30	29
ENEm2	17	14	17	13
ENEm3	23	21	22	21
ENEp1	29	28	28	27
ENEp2	18	17	18	15
ENEp3	22	21	21	20

Para Trastornos del Comportamiento Alimentario, puesto que las características de ambos cuestionarios son distintos (EAT-26 más diagnóstico y EDI más orientativo de riesgo), se han tomado en consideración tres criterios para realizar la diferencia de medias: ser riesgo/caso según la puntuación total en EAT (>20), ser riesgo/caso según EDI (cuatro factores o más en riesgo) y ser riesgo/caso total (ser riesgo en EAT-26 o en EDI), como se muestra en la Tabla 6.3.

⁵ El significado de los factores del Cuestionario de Estilos Educativos, puede verse en la Tabla 6.6

Tabla 6.3.- Diferencia de medias entre intervalos de edad para determinar las agrupaciones de edad y el cálculo de riesgos en Trastornos del Comportamiento Alimentario

		t	Signific.	T. Efecto
Intervalo 11 (n=263)-12 (n=3423) g.l. 3684	Caso EAT	,454	,650	,02
	Caso EDI	,469	,639	,03
	Caso Total	,460	,645	,02
Intervalo 12 (n=3423)-13 (n=5351) g.l. 8772	Caso EAT	,220	,826	,00
	Caso EDI	,803	,422	,03
	Caso Total	,598	,550	,00
Intervalo 13 (n=5351)-14 (n=2063) g.l. 7412	Caso EAT	-3,637	,000	,09
	Caso EDI	-5,425	,000	,15
	Caso Total	-5,100	,000	,10
Intervalo 14 (n=2063)-15 (n=945) g.l. 3006	Caso EAT	2,374	,018	,09
	Caso EDI	1,128	,260	,05
	Caso Total	1,410	,159	,05
Intervalo 15 (n=945)-16 (n=192) g.l. 1135	Caso EAT	-,838	,402	,06
	Caso EDI	1,012	,312	,09
	Caso Total	,195	,846	,00

Después de reconocer y analizar el efecto de edad y sexo en los puntos de corte (Tabla 6.4), como ya se sugiere que se haga en la adaptación española⁶ (Corral et al., 1998) resultaron definitivos los siguientes puntos de corte (se establecieron con la media más una desviación típica, pues las puntuaciones altas, expresan déficit).

Tabla 6.4.- Puntos de corte de riesgo por factor de EAT-26 y de EDI, según sexo y edad

*Se adjuntan los datos como orientativo, pues el corte se establece en 20.

Corte riesgo	Chicos (12-13)	Chicos (14-15)	Chicas (12-13)	Chicas (14-15)
EATTOTAL*	14	12	16	21
EAT1	8	7	10	14
EAT2	2	2	3	3
EAT3	6	5	6	6
EDI1	7	6	9	12
EDI2	3	3	3	3
EDI3	9	9	13	16
EDI4	6	7	7	9
EDI5	9	8	8	8
EDI6	6	6	6	6

⁶ De la misma forma, se sugiere en la adaptación española, que la diferencia brusca se produce entre los 13 y los 14 años.

EDI7	7	8	8	10
EDI8	13	12	12	12

En ambos cuestionarios (EAT-26 y EDI) se dan bastantes diferencias si tomamos en cuenta el sexo y la edad y son muy sensibles a estas dos variables, teniendo en cuenta que la determinación de riesgo y posterior trabajo con los adolescentes y sus familias se basan en estos datos, creo muy importante adaptar ambos criterios para la corrección de las pruebas.

Antes de iniciar los análisis estadísticos oportunos a cada base de datos, conviene decir que de todas ellas se han hecho los análisis de normalidad, homocedasticidad, independencia y esfericidad (en aquellas que se precisaba –dicotómicas–), de las que se dará información en los momentos apropiados, solo en aquellos casos en que no se cumpla alguno de los supuestos. Aunque generalmente todos los requisitos se cumplen, pues las muestras de las bases de datos son muy grandes, como indica Martínez Arias, está indicado mirarlas “por sana costumbre” (Martínez Arias et al., 2015).

6.2.- Cuestionario de obtención de datos: Estilos educativos

En el análisis de los datos de este cuestionario, pretendo hacer una replicación de los datos obtenidos por Bersabé et al., (2001). Se destaca la altísima participación de los padres, tratándose de una devolución voluntaria del cuestionario, en ningún curso la participación de padres bajó del 80%.

6.2.1.- Descriptivos de población

La base de datos utilizada consta de 2.998 registros y sólo se incluyen las puntuaciones completas de los chicos/as y de sus padres. En los casos en que faltaban datos, siempre menos de un 2,6% (inferior al criterio de eliminación de casos por missing, >10%), se ha completado con la imputación a la media (justificado por el reducido porcentaje de valores perdidos, que influye poco en la variabilidad), y con los datos ya imputados, se han realizado los posteriores análisis.

La Figura 6.1 muestra la igualdad entre participantes según género. Un total de 2.998 participantes en el estudio, donde el 67% tenía 13 años (ver Figura 6.2).

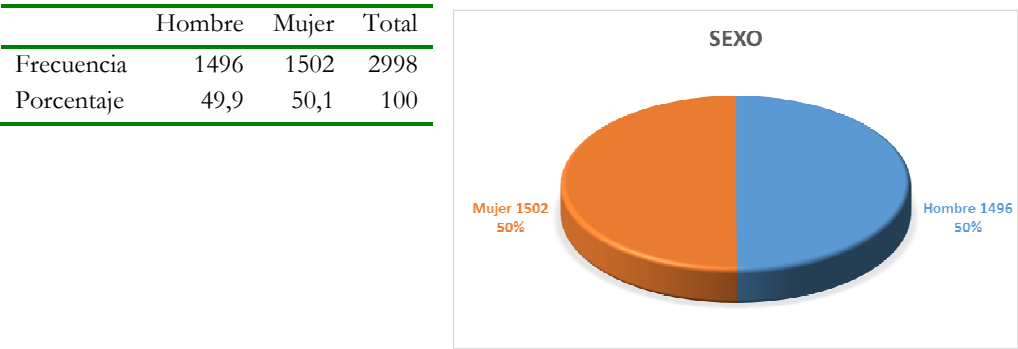


Figura 6.1.- Distribución por sexo

	12	13	14	15	Total	Edad rec. A.temprana	Edad rec. A. media
Frecuencia	283	2015	512	188	2998	2299	699
Porcentaje	9,4	67,2	17,1	6,3	100	76,7	23,3

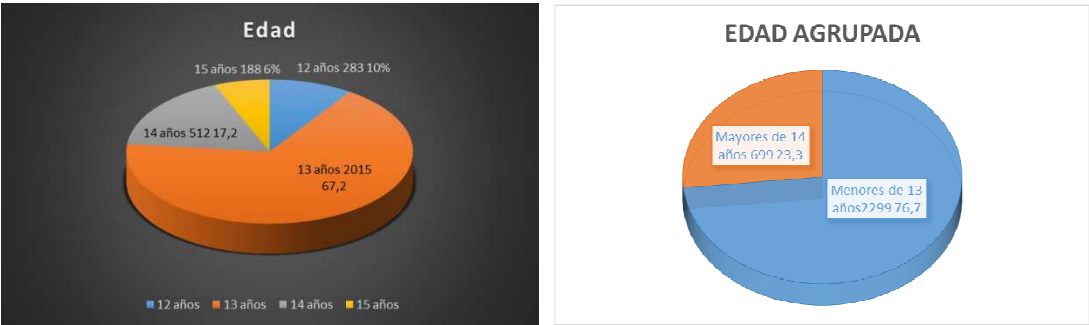


Figura 6.2.- Distribución por edad y edad agrupada

6.2.2.- Datos de los cuestionarios

Los ítems que componen las distintas escalas pueden verse en el Anexo junto a los datos de los análisis factoriales. El cuestionario consta de dos medidas, una corresponde a los adolescentes y otra a los padres, en cada medición se obtienen puntuaciones para dos escalas (Escala I de Afecto/Crítica y Escala II de Normas). Los adolescentes deben puntuar en ambas escalas la opinión sobre su padre y su madre (veremos que hemos utilizado dos formas de hoja de respuesta, conjunta y separada), y los padres dan su opinión, en ambas escalas, cada uno por separado.

Para el análisis factorial, la extracción se ha realizado con Ejes Principales y la rotación ha sido Promax para la Escala I de Afecto (2 factores), dado que las correlaciones entre factores son óptimas para esta rotación, y para la Escala II de Normas (3 factores), se ha utilizado la rotación Varimax puesto que las correlaciones entre factores no eran las óptimas. Para todas las escalas se ha realizado el mismo análisis factorial con validación cruzada, con dos mitades de la muestra al azar y se han obtenido los mismos resultados lo que aumenta la generalizabilidad de los datos (no se ofrecen en la Tesis, son datos redundantes).

Para no distorsionar, en exceso, la lectura, en un Anexo adjunto están recogidos todos los datos con el objetivo de ser un poco exhaustivo en la explicación de este cuestionario, ya que al contar con una población elevada pueden servir los datos como replicación y validación del mismo en otra población (lo piden las autoras en sus publicaciones), así como añadir la variable heteropercepción a la opinión de padres, novedosa, interesante y muy útil para la intervención en el cambio de actitud.

Respecto a los análisis realizados por las autoras de la escala, nuestros datos ratifican los suyos en todos los factores, así, se obtienen los mismos dos factores para la Escala de Afecto, compuestos por los mismos ítems, y ocurre de la misma forma en la Escala de Exigencias y Normas. Analizados por separado los cuestionarios (respuestas de adolescentes y padres), se producen algunas mínimas diferencias en la agrupación y valor de las saturaciones de algunos ítems, pero no afectan a los factores. Tal vez convendría llamar la atención a algunas conclusiones respecto a:

- Ítems que podrían eliminarse o cambiarse para aumentar la fiabilidad de las escalas (bastante elevada).
- Habría que valorar la posible apertura de un cuarto factor (dividiendo el factor autoritario –ENE2- en dos, y dando pie a un cuarto de sobreprotección –ENE4-, según el Análisis Factorial realizado) de cara al uso en la práctica de talleres u otras intervenciones individuales,
- Un posible efecto modulador que tiene la forma de obtener la información, con una fácil solución, pasar por separado ambas escalas de valoración del hijo al padre y a la madre.

- Igualmente es de destacar la utilidad que ofrece el cuestionario cuando se añade la valoración de un padre sobre la forma de educar del otro y aunque la muestra es reducida, apunta resultados de interés teórico y sobre todo práctico.

Cuando la valoración la hacen los adolescentes, la fiabilidad, tanto de las escalas en global como en los factores, es alta, superando en muchos casos el .90 y no bajando del .70, siendo algo más baja, nunca menos de .65 cuando la valoración la hacen los padres.

La tabla 6.5 muestra las medidas de valoración del hijo/a al padre y madre y del padre y de la madre al hijo/a, las escalas y los factores del cuestionario de Estilos Educativos utilizado.

Tabla 6.5.- Denominación de los factores de Estilos Educativos

Escala	Afecto		Exigencias/Normas		
Factor	EA1	EA2	ENE1	ENE2	ENE3
Denominación	Afecto	Crítica	Democrático	Autoritario	Negligente

Los nombres de estos factores se verán completados en el nombre con una “*hp*” o “*hm*” según se trate de la valoración del hijo/a al padre o a la madre y con una “*p*” o “*m*” según se trate de la valoración que hace el padre o la madre al hijo/a, así la lectura de los factores será la siguiente (Tabla 6.6):

Tabla 6.6.- Los acrónimos corresponden a las siguientes escalas de Estilo Educativo

	EAH1P	EAH2P	ENEH1P	ENEH2P	ENEH3P
Denominación	Puntuación de Afecto del hijo al padre	Puntuación de Crítica del hijo al padre	Puntuación de Democrático del hijo al padre	Puntuación de Autoritario del hijo al padre	Puntuación de Negligente del hijo al padre
	EAH1M	EAH2M	ENEH1M	ENEH2M	ENEH3M
Denominación	Puntuación de Afecto del hijo a la madre	Puntuación de Crítica del hijo a la madre	Puntuación de Democrático del hijo a la madre	Puntuación de Autoritario del hijo a la madre	Puntuación de Negligente del hijo a la madre
	EA1P	EA2P	ENE1P	ENE2P	ENE3P
Denominación	Puntuación de Afecto del padre al hijo	Puntuación de Crítica del padre al hijo	Puntuación de Democrático del padre al hijo	Puntuación de Autoritario del padre al hijo	Puntuación de Negligente del padre al hijo
	EA1M	EA2M	ENE1M	ENE2M	ENE3M
Denominación	Puntuación de Afecto de la madre al hijo	Puntuación de Crítica de la madre al hijo	Puntuación de Democrático de la madre al hijo	Puntuación de Autoritario de la madre al hijo	Puntuación de Negligente de la madre al hijo

La estabilidad de la medida de los ítems y su adscripción a los factores, es muy elevada, se ha realizado el Análisis Factorial diferenciando el sexo (chicos-1496/chicas-1502), la Edad (menores de 14 años-2299/14 años y mayores-699), la forma (conjunta-1159/separada-1807) y el tipo de centro (público-2187/concertado-811). Las únicas diferencias se dan, en la Escala de Afecto, en los ítems: 5 (siento que soy un estorbo para

mi padre/madre), 12 (mi padre/madre está a disgusto cuando estoy en casa), 13 (sé que mi padre/madre confía en mí) y 16 (está contento/a con tenerme como hijo/a) que se incluyen en la escala de Afecto cuando contestan los padres y madres de las chicas (madre), de los mayores (padre y madre), del tipo de centro público (madre) y concertado (padre y madre). En el resto, estos ítems forman parte del factor de Crítica, como en el análisis original del cuestionario (Bersabé et al., 2001).

En la Escala de Necesidades, las diferencias se dan en los ítems: 16 (a mi padre/madre le da igual que obedezca o desobedezca) que en el análisis original corresponde al estilo Negligente y que en nuestro análisis se asocia al estilo Democrático en los chicos en su valoración al padre y en la valoración que hace el padre de los mayores y los centros públicos. El ítem 23 (mi padre/madre me trata como si fuera un niño/a pequeño/a) que en el análisis original pertenece al estilo autoritario y en el nuestro se asocia al estilo Negligente en la valoración que los chicos hacen de su padre y su madre, la que hace el padre de los pequeños y la que hace la madre en los centros públicos.

Puede verse pues, que, excepto en estas mínimas diferencias, los datos son coincidentes y sobre todo muy útiles para trabajar en los talleres de padres.

6.2.3.- Descriptivos de los factores de Estilos Educativos

La Tabla 6.7 y la Tabla 6.8 muestran las medias y desviaciones para muestra total, y también según género y edad agrupada.

Tabla 6.7.- Descriptivos de factores de Estilos Educativos.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
EAh1p	0	40	29,00	8,122	-,973	,630
EAh2p	0	40	33,53	6,059	-1,871	4,505
EAh1m	0	41	32,40	6,493	-1,296	1,904
EAh2m	3	41	33,70	5,607	-1,737	3,994
EAm1	4	63	34,69	4,051	-1,280	4,399
EAm2	4	40	33,53	3,967	-1,266	3,218
EAp1	0	40	31,76	5,430	-1,059	1,744
EAp2	8	40	33,73	3,929	-1,210	2,919
ENEh1p	0	40	30,31	7,454	-,908	,659
ENEh2p	0	40	22,49	7,152	-,140	-,218
ENEh3p	0	32	24,67	4,580	-,765	1,095
ENEh1m	0	40	31,43	6,680	-,919	,789
ENEh2m	0	40	21,69	7,315	-,113	-,300
ENEh3m	2	32	24,86	4,405	-,732	1,003
ENEm1	8	40	34,19	4,481	-1,077	1,840
ENEm2	0	55	23,08	6,821	-,137	-,230
ENEm3	9	32	25,79	3,776	-,639	,533
ENEp1	1	41	33,41	5,230	-1,187	2,318
ENEp2	0	40	24,45	6,691	-,229	-,160
ENEp3	8	32	25,29	3,953	-,600	,421

N= 2998

1.- Error Típico = 0,04

2.- Error Típico = 0,08

Tabla 6.8.- Descriptivos de factores de Estilos Educativos, según sexo y edad.

	Chicos		Chicas		A.temprana (12-13)		A.media (14-15)	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
EAh1p	29,58	7,582	28,42	8,588	29,53	7,864	27,23	8,692
EAh2p	33,46	5,693	33,60	6,403	33,98	5,748	32,07	6,784
EAh1m	32,06	6,117	32,74	6,832	32,89	6,125	30,81	7,360
EAh2m	33,59	5,314	33,81	5,884	34,11	5,277	32,37	6,402
EAm1	34,34	4,057	35,04	4,015	34,94	3,758	33,89	4,809
EAm2	33,10	4,061	33,96	3,825	33,77	3,899	32,74	4,089
EAp1	31,87	5,091	31,65	5,747	32,12	5,196	30,60	5,993
EAp2	33,52	3,914	33,94	3,935	33,97	3,790	32,95	4,265
ENEh1p	30,88	7,026	29,74	7,818	30,70	7,338	29,03	7,692
ENEh2p	22,36	7,011	22,62	7,290	22,75	7,061	21,61	7,382
ENEh3p	24,70	4,539	24,63	4,621	24,80	4,542	24,23	4,677
ENEh1m	31,73	6,448	31,13	6,893	31,82	6,522	30,17	7,034
ENEh2m	21,49	7,198	21,89	7,426	21,98	7,211	20,76	7,576
ENEh3m	24,84	4,353	24,87	4,457	25,02	4,316	24,32	4,649
ENEm1	34,07	4,411	34,31	4,549	34,33	4,295	33,72	5,020
ENEm2	22,89	6,538	23,27	7,088	23,65	6,539	21,22	7,381
ENEm3	25,89	3,706	25,69	3,844	26,02	3,601	25,04	4,219
ENEp1	33,52	5,050	33,29	5,403	33,54	5,071	32,95	5,705
ENEp2	24,51	6,591	24,39	6,791	24,80	6,466	23,31	7,273
ENEp3	25,52	3,774	25,06	4,111	25,42	3,896	24,85	4,107

6.2.4.- Procedimiento, análisis de datos y efectos al completar los cuestionarios

Para lo que sigue, es necesario pensar que en Psicología, una parte sustancial de la investigación es no experimental, dado que muchas variables de interés no son manipulables (Martínez Arias et al., 2015).

Sin motivo intencional (pensado para un fin investigador), surgió un efecto detectado de manera fortuita al evaluar los Estilos Educativos y fue descubierto como posible falseación de los datos obtenidos (o al menos disfrazamiento). Se trata de la forma en la que se aplica el cuestionario. Esta es una variable de la que es difícil encontrar referencias bibliográficas, porque existen muy pocas datos (Weijters, Cabooter y Schillewaert, 2010; Neufeld, Rourke y Donnelly, 2010) en la literatura científica revisada (Psychinfo, Pubmed, Medline, Psycodoc...). Sin embargo, tiene un efecto, si no determinante, si modulador en algunos casos y sobre todo en algunos ítems (no tanto en los factores).

En el caso que nos ocupa, merece una mínima introducción seudonovelesca (solo por contrario al cientifismo de la rigurosidad y la cita, que aquí no la habrá). A propósito de la línea divisoria entre la ciencia y la literatura, merece desempolvar la idea de Linaza (1985) cuando hablaba del surgimiento de los Centros de Estudios Cognitivos entre los años 70 y 80 del siglo pasado *“porque lo malo no es confundir Literatura con Ciencia, aunque la Literatura fuese poesía medieval, sino el preocupante número de adeptos*

dispuestos a aceptar la confusión”. Un poco de flexibilidad intelectual, siempre acercará más a la verdad.

Como dije al principio, trabajo en un Equipo de Psicólogos y Pedagogos en el Ayuntamiento de Getafe (Madrid), con experiencia en el trabajo comunitario y con responsabilidad directa en los *Programas de Prevención de la Salud con Adolescentes, Prevención de los Trastornos de la Alimentación y Talleres de Habilidades Educativas con Familias*. Con el objetivo fundamental de tratar en los talleres sobre los estilos educativos familiares y poder personalizar la información para facilitar el cambio de comportamiento y sobretodo de actitudes, se analizaron varios cuestionarios y teorías al respecto, eligiendo como cuestionario de apoyo el de Rosa Bersabé (Bersabé et al., 2001) y como teoría de referencia, la teoría de Palacios (Palacios et al., 1998) (aunque en realidad, trabajando con padres y madres no expertos en educación, es más, con ciertas problemáticas asociadas a sus formas de comportamiento familiar, no se puede ser excesivamente exigente en el planteamiento teórico si se quieren conseguir algunos cambios de actitud, pues no se trata de talleres de intervención secundaria, específicos, sino generalistas). Fiel al maestro del “andamiaje”, como dice Linaza, “*Bruner, como él mismo ha reconocido, no tiene un sistema teórico propio. Ha huido de las grandes formulaciones por miedo al inmovilismo que desencadenan*”, y si él mismo se consideraba un vagabundo intelectual saltando de un tema a otro, que menos que acompañarle en la reflexión. En esta elección, básicamente, me guiaron dos criterios:

- La facilidad en la transmisión de información, conceptos y manejo de puntuaciones para las madres (no por discriminación, sino porque mayoritariamente son las que asisten a los talleres), de cara a que comprendan su situación familiar y a la posible explicación que de ella hacen después del taller a sus parejas.
- El criterio científico de la parsimonia (López y Baniandres, 2013; Rosas, 2012), pues posiblemente otros instrumentos de medida sean más complejos y completos en su construcción y base teórica, pero también más complejos para su uso comunitario y generalista.

Bien, todos los cursos académicos (desde 1991) se obtienen datos en los centros públicos de Secundaria Obligatoria de los alumnos y alumnas de 2º curso de la E.S.O., sobre variables importantes en la adolescencia, en la prevención de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (desde 1997) y en los Estilos Educativos Familiares (desde 2007), implicando a Departamentos de Orientación, Tutores y Familias. Apelando a la rentabilización de los recursos, en muchos casos en que los tutores no están formados para obtener la información a través de los cuestionarios, el autor de esta Tesis, es el responsable actual del Programa preventivo, quien obtiene la información, iniciando el proceso desde el primer paso, siempre confecciono las bases de datos, las preparo para el análisis, lo realizo y elaboro informes específicos para cada tutoría. Dado que la confección de la base de datos de Estilos Educativos se realiza a mano y por tanto todos

los cuestionarios son vistos y analizados en profundidad, se detectó de manera un poco casual, que en no pocos cuestionarios las puntuaciones que los adolescentes daban a las madres (colocadas en segunda columna en la hoja de respuesta), coincidían plenamente con las que daban a los padres (primera columna de la hoja de respuesta). En principio se pensó que era normal pues parecía lógico que pudiera coincidir por parte del hijo la forma de percibir la educación de cada padre.

La mayor parte de otros cuestionarios analizados, preguntando su procedimiento a los propios investigadores, se pasan en la misma forma por economía, en una misma hoja de respuestas se presentan las opciones para el padre en una columna y en otra, paralela, las opciones para la madre (Oliva, 2007; Tur, 2004; Martínez, 2009; Bersabé, 2001; Gracia, 2002; Estévez, 2006). Así pues, pensando que una gran parte de los alumnos y alumnas contestaban a los ítems del padre, y después copiaban para la madre las mismas opciones. Planificamos la obtención de datos del curso siguiente dividiendo los participantes en dos formas de hoja de respuesta que en lo sucesivo aparecerán como forma conjunta y de forma separada.

Este detalle/duda metodológica, motivó el análisis más concreto, pues, como dije, no existen referencias bibliográficas más específicas que la mera mención en algunos manuales y artículos sobre la posible afectación a los datos de esta forma de hacer pero sin analizar su influencia real. Es importante comunicar los resultados sin tener en cuenta posibles incidencias como ésta, aun no siendo vital a la investigación, pueden restarle validez y generalizabilidad. Como ejemplo, baste la referencia que en la OMS se hace sobre el cuidado a tener con el uso de la comunicación con las madres como indicador de la comunicación global de la familia, pues esto no posibilita analizar la influencia específica del padre o la madre (WHO, 2012).

En metodología es bien sabido que cada momento en el trabajo con los datos es de vital importancia (Martínez et al., 2015), la definición de las variables motiva el análisis y este las conclusiones, pero no siempre cuidamos una de las partes más importantes, la obtención y fiabilidad de los datos que también afecta a las conclusiones.

Como veremos más adelante, es muy posible que la diferencia a nivel de factores no sea significativa, pero a nivel de ítems si es muy llamativa, y dado que se obtienen los diferentes datos, estaríamos ante unas conclusiones, no excesivamente acertadas o no totalmente alusivas a la realidad. Al final todos hacemos uso de las teorías que se establecen y, como se ve, no siempre responden a la auténtica realidad, sino a algo “cercano”.

De esta manera, podrá observarse, entre otros detalles, como la forma en que obtenemos los datos (separada/conjunta) tiene su relevancia, pues tratándose de una muestra equivalente en edad, sexo, procedencia, centros educativos, familias, etc. Todos los valores de las correlaciones de Pearson entre los pares de las puntuaciones obtenidas con la forma conjunta (padre y madre en la misma hoja de respuesta) son mayores que en

la forma separada (cada uno en una hoja independiente), y esto se produce en las dos escalas, y en los cinco factores, se trate de los análisis que se trate, pues también se ha utilizado para analizar este efecto la medida de asociación entre variables D de Somers, el índice de acuerdo Kappa de Cohen y el índice de regresión (R^2) de las puntuaciones del hijo a la madre sobre las puntuaciones del hijo al padre. Cuando este análisis se hace sobre las puntuaciones que dan los padres sobre su propio Estilo Educativo (evidentemente en hojas separadas), se dan las diferencias que pudieran esperarse y similares a las producidas según análisis de edad, sexo y adscripción de centro, en unos casos es superior en las madres y en otras en los padres.

Realizado ANOVA de ítems y de factores teniendo en cuenta las variables sexo, edad y tipo de Centro escolar, condicionado a la forma, todas las puntuaciones F son mayores para la forma conjunta que la separada. Igualmente, condicionando la forma se ha realizado ANOVA para ver diferencias entre las tres variables (sexo, edad y tipo de centro), cuando la valoración se dirige al padre y a la madre. En la forma conjunta, las diferencias son mayores para el padre según el sexo y la edad en la escala de Afecto y Crítica y mayores hacia la madre según la adscripción de centro en esta misma escala, y en los factores la diferencia mayor se da en la edad y no tanto en el sexo y la adscripción de centro. En la forma separada los datos se producen de otra manera, no siendo tan claramente superiores en los padres como la forma conjunta (ver la Tabla 6.9).

Tabla 6.9.- Anovas de factores (F) puntuación alumnos. Madre(VD) Padre(VI) Significativas con $\alpha = 0.01$

Ítem	Total	Conjunta	Separado	Chico	Chica	Pequeños	mayores	Público	concertado
EAhmp1	14,87	12,11	12,08	26,21	7,70	11,56	10,66	13,55	8,44
EAhmp2	27,10	27,19	18,29	41,12	13,78	21,15	20,27	25,51	12,22
ENEhmp1	36,11	30,63	20,03	50,09	17,59	27,34	23,52	29,21	23,01
ENEhmp2	41,77	34,55	32,20	56,85	23,61	33,34	27,52	23,27	30,16
ENEhmp3	57,44	58	35,62	86,58	25,49	43,94	38,86	50,17	29,77
EAmp1	10,16	7	7,77	8,85	6,63	7,33	6,05	9,50	4,69
EAmp2	20,23	10,06	18,66	19	11,82	14,61	13,32	18,20	8,94
ENEmp1	11,39	6,76	10,33	12,05	6,51	7,19	10,84	10,86	3,89
ENEmp2	16,12	11,52	10,99	16,69	9,03	11,25	10,77	14,37	6,96
ENEmp3	15,19	8,51	11,90	18,76	7,55	10,64	12,27	13,98	5,71

Respecto a sexo y edad las diferencias que se dan, son normales y explicables según el tipo de ítem y según lo que implique al adolescente, según muestra la Tabla 6.10. Sin embargo respecto a la forma no, sólo tendría que ver con el efecto del cuestionario. Se espera que en la forma conjunta las diferencias de medias sean mayores en madre que en padre, puesto que es aquella puntuación la que se ve afectada por la respuesta que se da a la primera (cuando se ve que influye).

Tabla 6.10.- Correlaciones entre los factores de padre y madre según variables en Estilos Educativos.

Ítem	total	conjunta	separado	pequeños	mayores	chico	chica	público	concertado
EAh1M/P	,544	,611	,504	,537	,537	,565	,538	,552	,518
EAh2M/P	,625	,726	,565	,609	,640	,637	,616	,642	,576
ENEh1M/P	,676	,767	,624	,663	,703	,700	,656	,673	,686
ENEh2M/P	,775	,826	,743	,778	,764	,766	,784	,762	,812

ENEh3M/P	,736	,823	,675	,726	,760	,765	,708	,732	,744
EAM/P1	,351	,375	,336	,317	,401	,349	,361	,366	,299
EAM/P2	,490	,464	,507	,466	,535	,477	,500	,498	,469
ENEM/P1	,382	,368	,392	,330	,507	,382	,384	,401	,326
ENEM/P2	,522	,556	,498	,494	,572	,513	,531	,534	,485
ENEM/P3	,417	,410	,422	,382	,500	,432	,403	,439	,335

Esta es la comparación entre las puntuaciones que dan los adolescentes a su padre y a su madre, y la que dan ambos padres al hijo, ya vemos un primer efecto basado en la forma de obtención de los datos, se da más similitud en la forma conjunta (no en las puntuaciones de padres). Se puede llamar también la atención a la diferencia entre centros públicos y concertados en el factor autoritarismo, parece que hay un mayor acuerdo en que la relación se produce así, en los centros concertados.

Al realizar ANOVAS con los pares de puntuaciones vemos que las diferencias significativas en edad son las que producen más efecto, sobre todo en la escala de afecto/crítica y, en todo caso, todas las puntuaciones tienden a ser mayores en la forma conjunta que en la forma separada. Son llamativas las valoraciones (elevadas) de los factores de afecto en la primera escala y estilo negligente en la segunda, cuando el análisis se hace teniendo en cuenta la titularidad del centro.

6.2.5.- Datos de Riesgo en Estilos Educativos

Para establecer los puntos de corte de riesgo, se utiliza la media del factor menos una desviación típica, las puntuaciones se obtienen en el sentido que a mayor puntuación, mejor situación en el factor. La tabla 6.11 muestra los casos en riesgo por factor en E.E.

Tabla 6.11.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.Educativos (según los Adolescentes; n=2998)

	EA H1P	EA H2P	ENE H1P	ENE H2P	ENE H3P	EA H1M	EA H2M	ENE H1M	ENE H2M	ENE H3M
Frecuencia	539	430	520	549	488	506	470	550	564	555
Porcentaje	18	14,3	17,3	18,3	16,3	16,9	15,7	18,3	18,8	18,5

La tabla 6.12. muestra los casos en riesgo por factor (puntuación de los padres al hijo).

Tabla 6.12.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (según los Padres hacia los hijos; n= 2998).

	EA 1P	EA 2P	ENE 1P	ENE 2P	ENE 3P	EA 1M	EA 2M	ENE 1M	ENE 2M	ENE 3M
Frecuencia	515	342	503	493	514	524	505	521	533	563
Porcentaje	17,2	11,4	16,8	16,4	17,1	17,5	16,8	17,4	17,8	18,8

Las puntuaciones de los adolescentes muestran unos porcentajes muy poco por encima (en general hay una gran similitud, ya veremos si es o no acuerdo) a la hora de

establecerse como en situación de riesgo solo en dos factores, negligencia expresada por la padre (ENE3P) y crítica expresada por la madre (EA2M). Jocosamente, podríamos decir que admiten que son “más metijonas” y los padres “más despegados”.

Casos en riesgo según la puntuación que el hijo da al padre y a la madre (coincidencias en riesgo en el adolescente al valorar a ambos padres) n=2998

Tabla 6.13.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias Adolescentes y Padres)

	EA1HP-HM	EA2HP-HM	ENE1HP-HM	ENE2HP-HM	ENE3HP-HM
Frecuencia	255	259	320	371	328
Porcentaje	8,5	8,6	10,7	12,4	10,9

Casos en riesgo según la puntuación que da el padre y la madre (ambas puntuaciones en riesgo, coincidencias en riesgo para el hijo/a) n=2998

Tabla 6.14.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias entre los Padres)

	EA1P-M	EA2P-M	ENE1P-M	ENE2P-M	ENE3P-M
Frecuencia	172	147	171	239	217
Porcentaje	5,7	4,9	5,7	8,0	7,2

Casos en riesgo según la puntuación que el hijo da al padre y la que da el padre al hijo (ambas puntuaciones en riesgo, coincidencias en la valoración padre-hijo/a) n=2998

Tabla 6.15.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias entre Adolescente y Padre)

	EA1HP-P	EA2HP-P	ENE1HP-P	ENE2HP-P	ENE3HP-P
Frecuencia	195	117	159	191	155
Porcentaje	6,5	3,9	5,3	6,4	5,2

Casos en riesgo según la puntuación que el hijo da a la madre y la que da la madre al hijo (ambas puntuaciones en riesgo, coincidencias en la valoración madre-hijo/a) n=2998

Tabla 6.16.- Frecuencias y porcentajes de riesgo en E.E. (Coincidencias Adolescentes y Madre)

	EA1HM-M	EA2HM-M	ENE1HM-M	ENE2HM-M	ENE3HM-M
Frecuencia	190	199	162	214	182
Porcentaje	6,3	6,6	5,4	7,1	6,1

Cuando el hijo hace la valoración del estilo educativo de sus padres es “menos benevolente” que las valoraciones de los padres, las coincidencias en sus valoraciones son mayores y con más situaciones en riesgo que al comparar sus padres y él/ella con cada padre/madre. Tal vez su valoración no responda tanto a un criterio objetivo como emocional y “cargue las tintas” en lo negativo que percibe.

Correlaciones de riesgos en factores padre y madre (riesgo padre y riesgo madre), según variables. Puede apreciarse que, incluso en la comparación, el factor crítica y autoritarismo percibido por la madre y el adolescente es el que sugiere las diferencias.

Tabla 6.17.- Correlaciones χ^2 de riesgos padres (riesgo padre y riesgo madre)

Ítem	total	conjunta	separado	pequeños	mayores	chico	chica	publico	concertado
EAM/P1	109,26	49,22	60,41	74,50	36,58	49,87	59,52	81,36	27,07
EAM/P2	188,28	71,76	116,44	116,56	78,70	173,62	40,36	130,93	59,55
ENEM/P1	116,24	38,67	77,50	68,04	54,42	62,04	53,12	93,36	21,27
ENEM/P2	380,42	213,68	176,09	256,11	128,32	227,65	153,53	296,66	83,47
ENEM/P3	223,44	87,71	134,36	152,68	74,35	121,08	102,27	162,15	57,07

De nuevo, los factores con mayor correlación entre padre y madre, son crítica y autoritarismo.

Para ratificar estos datos, se ha realizado análisis de asociación entre variables (D de Somers) condicionando la forma (conjunta/separada) a las demás variables y sin tener en cuenta la forma. En todas las variables condicionadas a la forma conjunta (Anexo pag. 215) los resultados de la asociación son mayores que en la forma separada. En la tabla siguiente, se da cuenta del valor de las similitudes entre todos los factores por pares.

Tabla 6.18.- D de Somers Factores en riesgo (Todas las puntuaciones son significativas al ,01)

Ítem	total	conjunta	separado	pequeños	mayores	chico	chica	publico	concertado
EAh1PMr	.322	.399	.243	.301	.327	.305	.338	.338	.262
EAh2PMr	.564	.636	.489	.539	.582	.552	.575	.572	.540
ENEh1PMr	.477	.505	.452	.451	.527	.441	.493	.495	.427
ENEh2PMr	.584	.636	.521	.572	.606	.585	.584	.588	.576
ENEh3PMr	.409	.439	.370	.385	.465	.431	.383	.415	.379
EAPM1r	.198	.208	.186	.176	.214	.189	.213	.216	.110
EAPM2r	.306	.320	.292	.286	.317	.309	.304	.304	.316
ENEPM1r	.213	.202	.222	.190	.254	.232	.195	.245	.104
ENEPM2r	.401	.471	.326	.358	.445	.395	.407	.423	.325
ENEPM3r	.266	.264	.266	.225	.347	.233	.290	.255	.296

Esta comparación, se hace desde los factores de riesgo, evidentemente, en los padres no cabría esperar diferencias en la forma (como ocurre) mayores que las que deben darse según los datos y si en los adolescentes. En todos los factores es mayor la similitud de datos en la forma conjunta.

Si comparamos las valoraciones en riesgo de padre y madre y las diferenciamos por sexos, no obtenemos diferencias significativas excepto en la variable estilo autoritario de la madre en la que los chicos son valorados menos en riesgo que las chicas.

Otra forma de ver la influencia que sobre las puntuaciones de la madre puede tener la puntuación dada al padre, es hacer regresión lineal tomando en cuenta las distintas variables. Evidentemente la forma vuelve a marcar diferencias en todos los

factores a favor de la forma conjunta en la puntuación de los adolescentes. De nuevo podemos notar la diferencia entre pequeños y mayores (efecto de la edad) a la hora de ser valorados por padre y madre en el factor crítica (EA2P-M) y autoritarismo (ENE2P-M).

Tabla 6.19.- Regresión (R^2) de factores VD (madre) supuesto VI (padre)

Ítem	total	conjunta	separado	pequeños	mayores	chico	chica	publico	concertado
EAh1M/P	.29	.38	.25	.28	.28	.31	.29	.30	.26
EAh2M/P	.39	.53	.32	.37	.41	.40	.37	.41	.33
ENeh1M/P	.45	.59	.38	.44	.49	.49	.43	.45	.47
ENeh2M/P	.60	.68	.55	.60	.58	.58	.61	.58	.65
ENeh3M/P	.54	.67	.45	.52	.57	.58	.50	.53	.55
EAM/P1	.12	.14	.11	.10	.16	.12	.13	.13	.08
EAM/P2	.24	.21	.25	.21	.28	.22	.25	.24	.22
ENEM/P1	.14	.13	.15	.10	.25	.14	.14	.16	.10
ENEM/P2	.27	.31	.24	.24	.32	.26	.28	.28	.23
ENEM/P3	.17	.16	.17	.14	.16	.18	.16	.19	.11

Por último con respecto al índice de coincidencias entre valoraciones de Kappa, usado para ver las coincidencias de puntuaciones de riesgo, es mayor su valor en todos los factores de puntuaciones del hijo a la madre y al padre, en la forma conjunta que en la separada y también en crítica y autoritarismo en los pequeños respecto a los mayores.

Tabla 6.20.- Índice de coincidencia kappa en riesgo padres (riesgo padre y riesgo madre)

Ítem	total	conjunta	separado	pequeños	mayores	chico	chica	publico	concertado
EAM/P1	,191	,203	,183	,180	,228	,183	,199	,193	,182
EAM/P2	,244	,236	,249	,210	,333	,340	,134	,240	,256
ENEM/P1	,197	,180	,207	,172	,279	,204	,188	,210	,161
ENEM/P2	,356	,423	,311	,333	,428	,389	,320	,368	,320
ENEM/P3	,273	,271	,272	,257	,326	,283	,261	,272	,264

Tabla 6.21a.- Porcentajes de sujetos de riesgo (prevalencia en adolescentes) en cada uno de los factores, según sexo, edad, forma y titularidad.

	TOTAL (2998)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicas (1502)	Chicos (1496)	Conjunta (1191)	Separado (1807)	Concertado (811)	Público (2187)
Ah1p	18	18,1	17,7	17,8	18,1	16,8	18,8	17	18,3
Ah2p	14,3	14,1	15	12,6	16	14,4	14,3	14,4	14,3
Ah1m	16,9	16,7	17,6	16,1	17,6	15,5	17,8	14,2	17,9
Ah2m	15,7	15,3	16,9	15,1	16,2	14,8	16,4	14,7	16
Ench1p	17,3	17,3	17,5	17,6	17	17	17,6	18	17,1
Ench2p	18,3	18,9	16,5	18,8	17,8	17,8	18,6	21,2	17,2
Ench3p	16,3	16,2	16,6	17,4	15,1	17,5	15,4	13,1	17,5
Ench1m	18,3	18,1	19,3	17,8	18,9	17,4	19	18,6	18,2
Ench2m	18,8	19,1	18	18,9	18,2	19,5	18,4	19	18,7
Ench3m	18,5	19,2	16,21	18,6	18,4	21	16,9	15,9	19,5

Las diferencias en porcentaje de riesgo en los factores de autoritario ofrecidos por los padres a favor de los pequeños, puede darse a la mayor atención prestada a estos,

posiblemente no entendidos y esto se ratifica con la subida en porcentaje en los pequeños en el factor de negligencia, tal vez porque cambia o porque se han cansado, dejando de “darles la brasa”.

Respecto al sexo, son las madres a los chicos las que más critican y sin embargo es con las chicas donde tanto padre como madre se muestran más autoritarios.

Los centros públicos y concertados están más o menos a la par, dominando los públicos en expresión de afecto ¿consentimiento? Y negligencia y los concertados en autoritarismo, sobre todo en los padres.

Tabla 6.21b.- Porcentajes de sujetos de riesgo (prevalencia en padres) en cada uno de los factores, según sexo, edad, forma y titularidad.

	TOTAL (2998)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicas (1502)	Chicos (1496)	Conjunta (1191)	Separado (1807)	Concertado (811)	Público (2187)
Am1	17,5	17,9	16,2	17,5	17,4	17,6	17,4	16,4	17,9
Am2	16,8	17	16,3	18,1	15,6	16,6	17	17	16,8
Ap1	17,2	16,9	18	17,4	16,9	16,9	17,4	14,2	18,3
Ap2	11,4	8,9	19,7	5,6	17,2	10,2	12,2	9,4	12,2
Enem1	17,4	17,2	17,9	16,6	18,1	17	17,6	17,9	17,2
Enem2	17,8	17,9	17,5	16,8	18,7	17	18,3	17	18,1
Enem3	18,8	19,2	17,5	16,6	20,9	20,9	17,4	15,5	20
Enep1	16,8	16,9	16,3	15	18,6	15,6	17,5	15,7	17,2
Enep2	16,4	15,9	18,2	15,9	17	17,9	15,5	15,2	16,9
Enep3	17,1	17,5	15,9	16,9	17,4	18,5	16,3	13,2	18,6

Respecto a las puntuaciones de los padres, es curioso ve cómo hay un momento en que crece la crítica y el autoritarismo en los padres y no en las madres, cuando avanzan los hijos en edad, sería como despertar de un letargo y poner ahora “las cosas en su sitio”, a la par que las madres suben en negligencia en los pequeños. Este mismo efecto se da en los chicos y en los centros públicos.

Respecto al sexo, llama la atención la mayor crítica de las madres a las chicas, de los padres a los chicos y del autoritarismo de ambos padres hacia los chicos.

Tabla 6.22a.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (prevalencia en adolescentes) en cada uno de los factores, según sexo, edad, forma y titularidad.

Porcentaje de coincidencias (prevalencia en adolescentes) de casos de riesgo	TOTAL (2998)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicas (1502)	Chicos (1496)	Conjunta (1191)	Separada (1807)	Público (2187)	Concertado (811)
casohijopadrese1 (casoeah1pr AND casoeah1mr)	8,5	8,6	8,3	8,3	8,8	8,3	8,6	9	7,2
casohijopadrese2 (casoeah2pr AND casoeah2mr)	8,6	8,6	8,9	8,1	9,2	9,7	7,9	8,8	8,1
casohijopadrese1 (casoenh1pr AND casoenh1mr)	10,7	10,6	11	10,4	11	11,3	10,3	10,4	11,3
casohijopadrese2 (casoenh2pr AND casoenh2mr)	12,4	12,8	10,9	12,4	12,4	13,1	11,9	11,7	14,3
casohijopadrese3 (casoenh3pr AND casoenh3mr)	10,9	10,9	11	11,2	10,7	14	8,9	11,8	8,8

Tabla 6.22b.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (prevalencia en padres) en cada uno de los factores, según sexo, edad, forma y titularidad.

Porcentaje de coincidencias (prevalencia en padres) de casos de riesgo	TOTAL (2998)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicas (1502)	Chicos (1496)	Conjunta (1191)	Separada (1807)	Público (2187)	Concertado (811)
casopadrese1 (casoeam1r AND casoeap1r)	5,7	5,6	6,2	5,9	5,5	5,9	5,6	6,1	4,7
casopadrese2 (casoeam2r AND casoeap2r)	4,9	3,9	8,2	2,5	7,4	4,5	5,2	5	4,6
casopadrese1 (casoenem1r AND casoenep1r)	5,7	5,4	6,9	5	6,4	5,1	6,1	5,9	5,1
casopadrese2 (casoenem2r AND casoenep2r)	8	7,5	9,4	7,1	8,9	9,2	7,2	8,4	6,9
casopadrese3 (casoenem3r AND casoenep3r)	7,2	7,2	7,3	6,5	8	8	6,6	8	5,3

Tabla 6.22c.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (prevalencia en adolescente y padre) en cada uno de los factores, según sexo, edad, forma y titularidad.

Porcentaje de coincidencias (prevalencia en adolescente y padre) de casos de riesgo	TOTAL (2998)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicas (1502)	Chicos (1496)	Conjunta (1191)	Separada (1807)	Público (2187)	Concertado (811)
casohijopadreea1 (casoeah1pr AND casoeap1r)	6,5	6,4	7	6,9	6,1	6,6	6,4	7	5,1
casohijopadreea2 (casoeah2pr AND casoeap2r)	3,9	3,1	6,6	1,9	5,9	3,4	4,3	4,3	2,7
casohijopadreene1 (casoenh1pr AND casoenep1r)	5,3	5,4	5	5,7	4,9	5	5,5	5,6	4,4
casohijopadreene2 (casoenh2pr AND casoenep2r)	6,4	6,3	6,6	7,1	5,7	6,9	6	6,4	6,2
casohijopadreene3 (casoenh3pr AND casoenep3r)	5,2	5	5,6	5,9	4,5	6	4,6	5,6	3,9

Tabla 6.22d.- Porcentajes de coincidencias de casos de riesgo (prevalencia en adolescente y madre) en cada uno de los factores, según sexo, edad, forma y titularidad.

Porcentaje de coincidencias (prevalencia en adolescente y madre) de casos de riesgo	TOTAL (2998)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicas (1502)	Chicos (1496)	Conjunta (1191)	Separada (1807)	Público (2187)	Concertado (811)
casohijomadreea1 (casoeah1mr AND casoeam1r)	6,3	6,3	6,4	6,9	5,8	5,4	7	6,7	5,3
casohijomadreea2 (casoeah2mr AND casoeam2r)	6,6	6,9	5,9	7,3	6	5,8	7,2	6,9	6
casohijomadreee1 (casoenh1mr AND casoenem1r)	5,4	5,2	6,2	5,8	5	4,3	6,1	5,4	5,4
casohijomadreee2 (casoenh2mr AND casoenem2r)	7,1	7,2	7	7,3	7	7,1	7,1	7,3	6,7
casohijomadreee3 (casoenh3mr AND casoenem3r)	6,1	6,2	5,6	5,9	6,2	7,3	5,3	6,8	4,1

Mayor concordancia en percepción positiva sobre la adolescencia hace menos factores de riesgo en TCA que la concordancia en percepción negativa sobre la adolescencia. Esta era una de las hipótesis que me planteaba al principio. Respecto a ella cabe decir que de los casos analizados los únicos factores que guardan una relación positiva y significativa (si bien es cierto que no muy elevada), son:

Tabla 6.23.- Correlaciones de acuerdos en percepción con los factores de EDI8F

Acuerdos	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8
Madre/hijo (Autoritario)								
Padre/hijo (Autoritario)								



En no pocas publicaciones se hace referencia a la relevancia que tiene el estilo autoritario de la madre cuando no coincide con el padre. En el análisis que hemos hecho solo se produce este efecto en los factores EDI5, EDI6 y EDI8 en que la conjugación de ambos estilos tiene incidencia mayor que en cualquier otra disposición. Esto respondería de una forma negativa a la hipótesis planteada al principio en que el *desacuerdo autoritario a favor de la madre haría más factores de riesgo en TCA*.

El cuestionario del Programa Preventivo contiene ítems que tienen que ver con un factor de autoconcepto personal-emocional y en su relación con los factores del cuestionario de Estilos Educativos, arroja estos datos.

Tabla 6.24.- Correlaciones entre factores de Estilos Educativos y Auto concepto personal y emocional

		EA h1p	EA h2p	EA h1m	EA h2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
AUTPEREMO	Pearson	-,13**	-,14**	-,13**	-,18**	-,10**	-,09**	-,02	-,11**	-,10**	-,01
	Sig.	,001	,001	,001	,001	,001	,001	,221	,001	,001	,534

		EA m1	EA m2	EA p1	EA p2	ENE m1	ENE m2	ENE m3	ENE p1	ENE p2	ENE p3
AUTPEREMO	Pearson	-,04*	-,09**	-,06**	-,10**	-,02	-,07**	-,02	-,04*	-,07**	-,06**
	Sig.	,033	,001	,002	,001	,362	,001	,344	,044	,001	,007

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

N=2087

6.2.6.- Coincidencias en la valoración de riesgo del estilo educativo entre padre y madre (autopercepción y heteropercepción)

Esta derivación en la exposición de datos, me parece de interés, aunque no está recogida en las posibles valoraciones del cuestionario de origen, ni sus autoras incluyen esta vertiente de valoración. Es una ampliación del cuestionario que utilizo solo en los talleres de padres y madres (pues hay que explicar muy bien la dinámica de respuesta y sobre todo los resultados) para reforzar la idea de coherencia y consistencia en las prácticas educativas. Pido que después de valorarse uno mismo (autopercepción del estilo educativo), haga una apreciación de cómo, según él o ella, es el comportamiento del otro progenitor (heteropercepción/percepción del estilo educativo del otro). Es lo que en la denominación de los factores aparece como –sp- o –sm- (según padre o según madre).

Es cierto que la muestra obtenida hasta ahora, no es muy extensa (60) y, desde luego, no permite extraer ninguna conclusión fiable, pero los datos obtenidos del análisis

me parecen de interés y refuerzan la idea de que la valoración “negativa” es más consistente que la “positiva”.

Para este análisis, se han tomado los criterios de corte para establecer el riesgo (1=SI/0=NO) en función solamente del sexo, pues las edades son algo dispares y realizado un análisis previo, solo resultó significativa la diferencia por sexos. El análisis de datos de estas variables categóricas, se ha realizado con tablas de contingencias, obteniendo el nivel de relación con χ^2 y el tamaño del efecto con el coeficiente K de Cohen.

Para este coeficiente, Landis y Koch establecen los siguientes valores como orientativos en su interpretación:

Tabla 6.25.- Valores de Kappa según Landis y Koch

Valores de K	Magnitud del acuerdo
<,20	Muy bajo
,21 - ,40	Débil
,41 - ,60	Moderado
,61 - ,80	Bueno
>,80	Muy bueno

En estricto sentido, no puede analizarse el efecto de la edad o el sexo porque es muy pequeña la muestra, los datos por tanto son solamente orientativos o para ver tendencias.

Coincidencias en valoraciones directas (autopercepción)

Tabla 6.26.- Coincidencias en valoraciones directas (autopercepción) n=60

	EAm1/EAp1	EAm2/EAp2	ENEm1/ENEp1	ENEm2/ENEp2	ENEm3/ENEp3
χ^2 (1)	1,36	31,72	2,37	23,40	27,95
α	,243	,000	,123	,000	,000
K	,133	,727	,196	,624	,682
α	,243	,000	,123	,000	,000

Coincidencias en valoraciones cruzadas (heteropercepción)

Tabla 6.27.- Coincidencias en valoraciones cruzadas (heteropercepción Madre) n=60

	EAm1/EAmSP1	EAm2/EAmSP2	ENEm1/ENEmSP1	ENEm2/ENEmSP2	ENEm3/ENEmSP3
χ^2 (1)	8,66	27,28	1,71	22,09	32,55
α	,003	,000	,190	,000	,000
K	,360	,672	,168	,598	,734
α	,003	,000	,190	,000	,000

Tabla 6.28.- Coincidencias en valoraciones cruzadas (heteropercepción Padre) n=60

	EAp1/EAp _{sm1}	EAp2/EAp _{sm2}	ENEp1/ENEp _{sm1}	ENEp2/ENEp _{sm2}	ENEp3/ENEp _{sm3}
χ^2 (1)	12	42,75	4,70	20,69	13,06
α	,001	,000	,030	,000	,000
K	,444	,841	,280	,584	,467
α	,001	,000	,030	,000	,000

Por su valor de comparación, ofrezco los datos que se obtienen mirando las coincidencias con todas las puntuaciones (autopercepción) sin contar con la heteropercepción.

Tabla 6.29.- Coincidencias en factores Padre y Madre n=2998

Relaciones	χ^2	Sign.	d	Sign.	k	Sign.
EA1m-EA1p	109,26	,000	,192	,000	,191	,000
EA2m-EA2p	188,28	,000	,295	,000	,244	,000
ENE1m-ENE1p	116,24	,000	,200	,000	,197	,000
ENE2m-ENE2p	380,42	,000	,367	,000	,356	,000
ENE3m-ENE3p	223,44	,000	,283	,000	,273	,000

Puede observarse, que aunque las similitudes y coincidencias son significativas, tiende a mantenerse un grado menor en la valoración “positiva” (afecto y democrático).

El nivel de coincidencia en la valoración de los aspectos “negativos” (crítica, autoritario y negligente), es alto, χ^2 con valores superiores a 13 en todos los pares analizados (opinión del padre y la madre y opinión de cada uno con la percepción del otro), K tiene valores altos y significativos. Por el contrario, cuando la valoración es “positiva” (afecto y democrático), el grado de coincidencia es bajo, con valores de χ^2 por debajo de 3 en los pares padre y madre y algo más elevados (entre 4 y 12) cuando el par implica la percepción del otro. Los valores de K varían según el par, siendo más “acertada” la percepción cuando la valoración la hace la madre sobre el padre. Podríamos aventurar que: “la madre se acerca más a la realidad del padre o a la percepción de él sobre sí mismo” y “el padre conoce menos la percepción que sobre sí misma tiene la madre y en algún caso la valoración del padre es más benevolente respecto a las habilidades de la madre, que la propia de la madre y en muchos casos se acerca más a la propia visión que él tiene de sí mismo, tal vez por efecto de la reducción de la disonancia que le puede producir el valorarse de manera muy distinta a la de su acompañante en la educación”.

Incluso solo analizando los descriptivos de frecuencia de los distintos factores en riesgo, se puede observar que cuando se produce la valoración sobre aspectos negativos (a priori, EA2-crítica, ENE2-autoritario y ENE3-negligente) es mucho más coincidente

en todos los sentidos, comparar madre con padre, madre con madre según padre y padre con padre según madre. Sin embargo al valorar lo positivo (a priori, EA1-afecto y ENE1-democrático) las coincidencias no son significativas. En la valoración entre padre y madre, en EA1 se da mayor riesgo en padre que en madre y en ENE1 es al contrario, el mayor riesgo se da en madre. Teniendo en cuenta la heteropercepción, al comparar en EA1, madre y opinión del padre para la madre, el padre valora más en riesgo a la madre que como lo hace ella misma y el padre se valora igual que la opinión que tiene la madre de él. En ENE1 la madre se valora más en riesgo que lo que opina el padre sobre ella.

Se podría resumir esta información con un planteamiento que en la práctica del trabajo en los grupos se percibe y ratifican las/os participantes, el padre valora a la madre siempre con más cercanía a su propia valoración, como intentando acercar sus valoraciones (recordar que primero se realiza la autovaloración) y no suele coincidir mucho con la valoración que la madre hace de sí misma, de hecho coincide más con la valoración que hace él de sí mismo. Por el contrario la madre se valora a ella misma con más objetividad e incluso cercanía a la valoración que de ella ha hecho el padre y valora al padre con bastante más lejanía (¿objetividad?) de la que el propio padre se valoraba a sí mismo.

6.2.7.- Estudio longitudinal de los datos de estilos educativos

En el tiempo en que estamos usando el cuestionario de Estilos Educativos, hemos tenido la posibilidad de obtener algunas medidas repetidas al paso de dos/tres años y aunque la muestra no es muy grande $n=148$, se ha realizado diferencia de medias (prueba t para igualdad de medias) tomando en cuenta el sexo y solo se han detectado diferencias significativas en la muestra cuando los chicos han pasado los 16 años y solo en uno de los factores (valoración del hijo al padre en el factor democrático ENE1hp $t=2,601$. $gl=146$. $Sig=.010$) y esta diferencia indica que los chicos ofrecen una mayor puntuación a los padres que las chicas y en este factor podría significar que las chicas perciben mayor control por parte de los padres que los chicos. Son muy parecidas, pues, las puntuaciones obtenidas por chicos y por chicas.

Para profundizar más en el análisis repetido de los factores del cuestionario y poder comparar la puntuación en la edad1 (E1 12-15) y el paso de 2-3 años en la edad2 (E2 15-18), se ha realizado la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para medidas repetidas y los resultados, han sido los siguientes (solo los que son significativos).

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon (total muestra $n=148$)

Tabla 6.30.- Diferencia de medias entre Edad1 y Edad2

Factor	EAm1	ENE2hp	ENE2hm	ENE2m	ENE3m	ENE3p
Pun. Z	-2,202 ^a	-2,650 ^b	-3,191 ^b	-4,595 ^b	-2,565 ^a	-2,400 ^a
Sign.	,028	,008	,001	,000	,010	,016
Tendencia	E1<E2	E1>E2	E1>E2	E1>E2	E1<E2	E1<E2

- a. Basado en rango positivo
- b. Basado en rango negativo

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon (muestra de chicos n=68)

Tabla 6.31.- Diferencia de medias entre Edad1 y Edad2

Factor	EA1m	ENE3hp	ENE2m	ENE3m	ENE2p	ENE3p
Pun. Z	-2,466 ^b	-2,618 ^b	-3,155 ^a	-2,836 ^b	-3,454 ^a	-1,992 ^b
Sign.	,014	,009	,002	,005	,001	,046
Tendencia	E1<E2	E1<E2	E1>E2	E1<E2	E1>E2	E1<E2

- a. Basado en rango positivo
- b. Basado en rango negativo

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon (muestra de chicas n=80)

Tabla 6.32.- Diferencia de medias entre Edad1 y Edad2

Factor	ENE2hm	ENE2m	ENE2p
Pun. Z	-3,045 ^b	-3,348 ^b	-3,813 ^b
Sign.	,002	,001	,000
Tendencia	E1>E2	E1>E2	E1>E2

- b. Basado en rango negativo

Recordar, para la interpretación correcta de la tendencia en la puntuación, que en la corrección del cuestionario una puntuación menor, significa una situación peor en ese factor, incluso en los de apariencia negativa como es el caso del factor de crítica (EA2), autoritarismo (ENE2) y negligencia (ENE3), una puntuación menor significará mayor crítica, más autoritarismo y más negligencia en la relación y, por tanto, más cercanía al punto de corte de riesgo. De la misma manera, aunque con talante más positivo, los factores de Afecto (EA1) y Democrático (ENE1) que puntúan bajo, estarán más cercanos a una situación de riesgo. La idea global es que al interpretar las puntuaciones, estimen las familias que una puntuación alta es buena porque significa más afecto, menos crítica, más democracia, menos autoritarismo y menos negligencia en la relación.

Tabla 6.32a.- Correlaciones entre factores al paso del tiempo (escala de Necesidades)

	Medias 08-12 Test-retest	Medias 07+12 Solo retest
ENEh1m1	21.52	
ENEh1m2	32.12	29.14
ENEh2m1	19.68	
ENEh2m2	24.84	25.43
ENEh3m1	14.13	
ENEh3m2	24.25	25.03
ENEh1p1	20.91	
ENEh1p2	30.46	30.66
ENEh2p1	20.80	
ENEh2p2	24.92	25.47
ENEh3p1	13.74	
ENEh3p2	24.02	24.83

ENEm11	23.44	
ENEm12	33.80	35.21
ENEm21	20.76	
ENEm22	25.35	26.46
ENEm31	14.02	
ENEm32	24.63	25.19
ENEp11	23.53	
ENEp12	32.53	34.23
ENEp21	20.10	
ENEp22	27.42	27.81
ENEp31	14.07	
ENEp32	23.97	24.49

Tabla 6.32b.- Correlaciones entre factores al paso del tiempo (escala de Afecto)

	Medias 08-12 Test-retest	Medias 07+12 Solo retest
EAh1p1	19.91	
EAh1p2	29.57	28.11
EAh2p1	19.30	
EAh2p2	33.53	33.68
EAh1m1	23.33	
EAh1m2	33.81	33
EAh2m1	19.72	
EAh2m2	34.59	34.71
EAm11	24.79	
EAm12	34.40	35.90
EAm21	20.43	
EAm22	34.02	35.03
EAp11	21	
EAp12	31.08	32.48
EAp21	20.43	
EAp22	33.92	34.47

Se tomó la primera medición en 2008 y la segunda en 2012, por tanto tenemos puntuaciones test/retest en la primera columna. En la segunda columna solo aparece la medición obtenida con la muestra de 2007 en otras variables, aunque en Estilos Educativos no se hacía medición todavía y no tenemos puntuación para poder comparar. Se mantienen estas medias para poder ver la similitud entre ellas, al no tener primera medición no podemos intuir ningún efecto de aprendizaje de las respuestas del cuestionario. Coincidirían con la evolución según la edad y según vemos, son muy parecidas en un año y en otro.

Tabla 6.33.- ANOVA y asociación entre factores al paso del tiempo

	t y α	F y α Edad	F y α Forma	F y α Sexo	D y λ riesgo total	
EAh1p1- EAh1p2	10.10**	4.75*	.824	10.78**	.194	.130
EAh2p1 - AAh2p2	16.34**	.401	3.46	2.27	.033	.005
EAh1m1 - EAh1m2	13.74**	.168	1.36	3.40*	.142	.075
EAh2m1 - EAh2m2	19.08**	8.55**	22.93**	1.14	-.306	-.092
EAm11 - EAm12	13.98**	1.33	9.86**	3.94	.034	.005
EAm21 - EAm22	19.66**	6.94**	36.83**	.092	.017	.001
EAp11 - EAp12	13.75**	.034	4.64*	11.40**	.279	.160
EAp21 - EAp22	19.26**	4.32*	26.66**	.175	.023	.001
ENEm11 - NEh1m2	12.45**	1.86	.235	13.27**	.105	.067

ENEh2m1 - NEh2m2	4.04**	.050	32.27**	3.26*	-.026	-.026
ENEh3m1 - NEh3m2	12.10**	1.20	2.69	4.87**	.038	.008
ENEh1p1 - NEh1p2	12.14**	.460	.452	9.95**	.220	.140
ENEh2p1 - NEh2p2	3.47**	.158	46.93**	1.54	-.022	-.022
ENEh3p1 - NEh3p2	12.75**	.050	.325	5.48**	-.088	-.021
ENEm11 - ENEm12	19.35**	1.06	8.24**	7.80**	.127	.040
ENEm21 - ENEm22	4.52**	3.08	80.99**	.747	.142	.141
ENEm31 - ENEm32	15.13**	3.56	3.75	2.32	-.179	-.034
ENEp11 - ENEp12	13.82**	.543	7.75**	9.51**	.319	.187
ENEp21 - ENEp22	6.37**	.414	60.65**	.238	.115	.100
ENEp31 - ENEp32	12.83**	1.48	3.10	.726	-.103	-.026

Se hicieron ANOVAS teniendo como VI la edad, la forma y el sexo, llama la atención el resultado curioso que respecto a la edad, los chicos difieren en el autoritarismo y las madres en la crítica, en la forma, son estos mismos factores los que difieren generalizándose la diferencia en los factores más negativos y respecto a la sexo, las diferencias se dan en los factores positivos.

Tabla 6.34.- Wilcoxon: retest estilos educativos Sexo y Edad

	Edad 1 total n=148	Edad 2 total n=148	Edad 1 chicos n=68	Edad 2 chicos n=68	Edad 1 chicas n=80	Edad 2 chicas n=80
EAh1p	28.82	28.64	29.99	29.76	27.84	27.68
EAh2p	33.64	33.20	33.91	33.47	33.41	32.96
EAh1m	32.76	33.10	32.96	32.63	32.60	35.50
EAh2m	33.95	33.67	34.12	33.87	33.81	33.50
EAm1	35.11*	34.35*	35.21*	33.84*	35.03	34.79
EAm2	33.51	33.90	33.88	33.85	33.19	33.94
EAp1	31.94	30.90	31.94	30.53	31.94	31.21
EAp2	33.71	34.02	33.51	33.85	33.88	34.16
ENEh1p	30.20	29.73	30.66	31.43	29.80	28.29
ENEh2p	23.40*	25.16*	23.29	25.04	23.49	25.25
ENEh3p	24.78	24.27	25.37*	23.81*	24.28	24.66
ENEh1m	31.22	31.46	31.43	32.03	31.04	30.98
ENEh2m	22.29*	24.42*	21.88	23.51	22.64*	25.19*
ENEh3m	24.55	24.66	24.82	24.31	24.33	24.95
ENEm1	33.73	34.09	34.06	34.65	33.45	33.63
ENEm2	23.83*	26.01*	23.50*	26.13*	24.11*	25.90*
ENEm3	25.47*	24.69*	26.12*	24.74*	24.93	24.65
ENEp1	33.47	32.80	33.44	32.34	35.50	33.20
ENEp2	24.87*	27.48*	24.38*	27.22*	25.29*	27.70*
ENEp3	25.25*	24.23*	25.49*	24.22*	25.05	24.24

Las puntuaciones medias en estilos educativos son muy estables en el paso del tiempo (2 años) tanto las que dan los adolescentes como las que dan los padres, las fluctuaciones que se producen, son sobre todo, en el factor autoritarismo con un aumento en la media de puntuación en la Edad2 (15-18 años) que realmente significa menor autoritarismo percibido por adolescentes y por padres. Es curiosa la diferencia que se da en la escala de afecto hacia la madre percibida a favor de los chicos mayores y la que se da en la percepción de las madres en este mismo factor a favor de los chicos pequeños.

Antes de pasar a otro punto, es necesario especificar que, al ser voluntario el trabajo, suelen responder los más motivados y por otra parte, según van avanzando, la dificultad en lo académico, solo van quedando los más adecuados (que ya lo eran en parte en la primera medición) y los casos más difíciles no acceden a la segunda medición.

6.2.8.- Normas en la familia y estilo educativo de los padres

Por completar la información y ver este tema desde otro punto de vista, analizamos los datos sobre establecimiento de normas, tema fundamental en el Estilo Educativo, sobre la información de una muestra de 2192 chicos y 2952 chicas, con más amplitud de edad (12-19 años), y de sus padres.

En las encuestas de adolescentes y padres se formularon varias preguntas sobre las normas en la familia en torno a diferentes cuestiones que han sido probadas como importantes a la hora del establecimiento y control de normas con los adolescentes. No constituyen una escala, sino que representan categorías nominales. Sobre esos temas se realizó un análisis y una reelaboración de las respuestas que nos permite, de alguna forma, aproximarnos a los estilos educativos de los padres y su relación con otras variables.

Percepción de las normas en la familia por los adolescentes.

En la tabla 6.35 se presentan los porcentajes de respuesta a las diversas categorías para cada uno de los aspectos normativos.

Tabla 6.35.- Porcentajes y categorías de respuesta en Normas (cuestionario Preventivo Adolescentes)

	No hay normas	Se deciden entre todos	Me las imponen	Cada vez son distintas
Regresar a casa	9,8%	34,7%	35,2%	20,4%
Deberes	40,5%	8,2%	47,6%	3,7%
Teléfono, móvil	67,5%	14,0%	11,6%	6,9%
Acostarse a una hora determinada	47,1%	18,0%	22,0%	13,0%
Amistades	78,8%	12,2%	4,0%	5,0%
Estudio	32,8%	18,0%	42,9%	6,3%
Comidas en familia	27,5%	38,9%	24,9%	8,7%
Participación en tareas domésticas	18,5%	43,7%	29,1%	8,7%
Relaciones con el otro sexo	78,8%	10,8%	8,5%	1,9%
Jugar a videojuegos	59,0%	20,4%	13,5%	7,1%
Uso de internet	54,8%	23,0%	14,6%	7,7%
Prohibición de fumar cigarrillos	29,1%	9,0%	59,5%	2,4%
Prohibición de beber alcohol	25,4%	9,8%	62,7%	2,1%
Consumo de otras drogas	20,9%	6,6%	70,9%	1,6%
Dinero disponible	31,2%	36,5%	23,0%	9,3%

Puede observarse que, excepto en los aspectos referidos a consumos de drogas legales e ilegales, parece predominar la respuesta “No hay normas”, y es precisamente en estos aspectos en los que la mayor frecuencia de respuesta se presenta en la categoría “Me las imponen”. El otro bloque en el que se dan porcentajes relativamente altos de “me las imponen” es el que tiene que ver con lo académico: deberes del colegio y estudio. En algunos casos, lo que hacen los adolescentes, es entender y opinar que en aquellos temas que producen conflicto o no les interesa especialmente ajustarse a la norma familiar, éstas no existen, de alguna forma, están permitiéndose infringirlas o no acatarlas, precisamente suele coincidir con las normas que los padres dicen que se imponen, ya vemos que los discursos paternos no son muy bien “entendidos” por los adolescentes.

Por mucho que se “machaque” a los hijos con discursos, que sólo sirven para, supuestamente, tranquilizar a los adultos que los realizan, hay algo que no funciona en el establecimiento de normas a través siempre del lenguaje oral, tal vez, este tipo de chicos que no creen que existan determinadas normas cuando sus padres reconocen que si las hay, estén oyendo pero no escuchando a sus padres cuando argumentan las razones que justifican el cumplimiento de esas normas y tal vez, también, no esté siendo muy coherente el discurso de los padres respecto a los mismos comportamientos o no estén presentes para supervisar su cumplimiento. Al final los padres “tiran la toalla” y desisten.

En las figuras siguientes pueden apreciarse con mayor detalle los porcentajes anteriores.

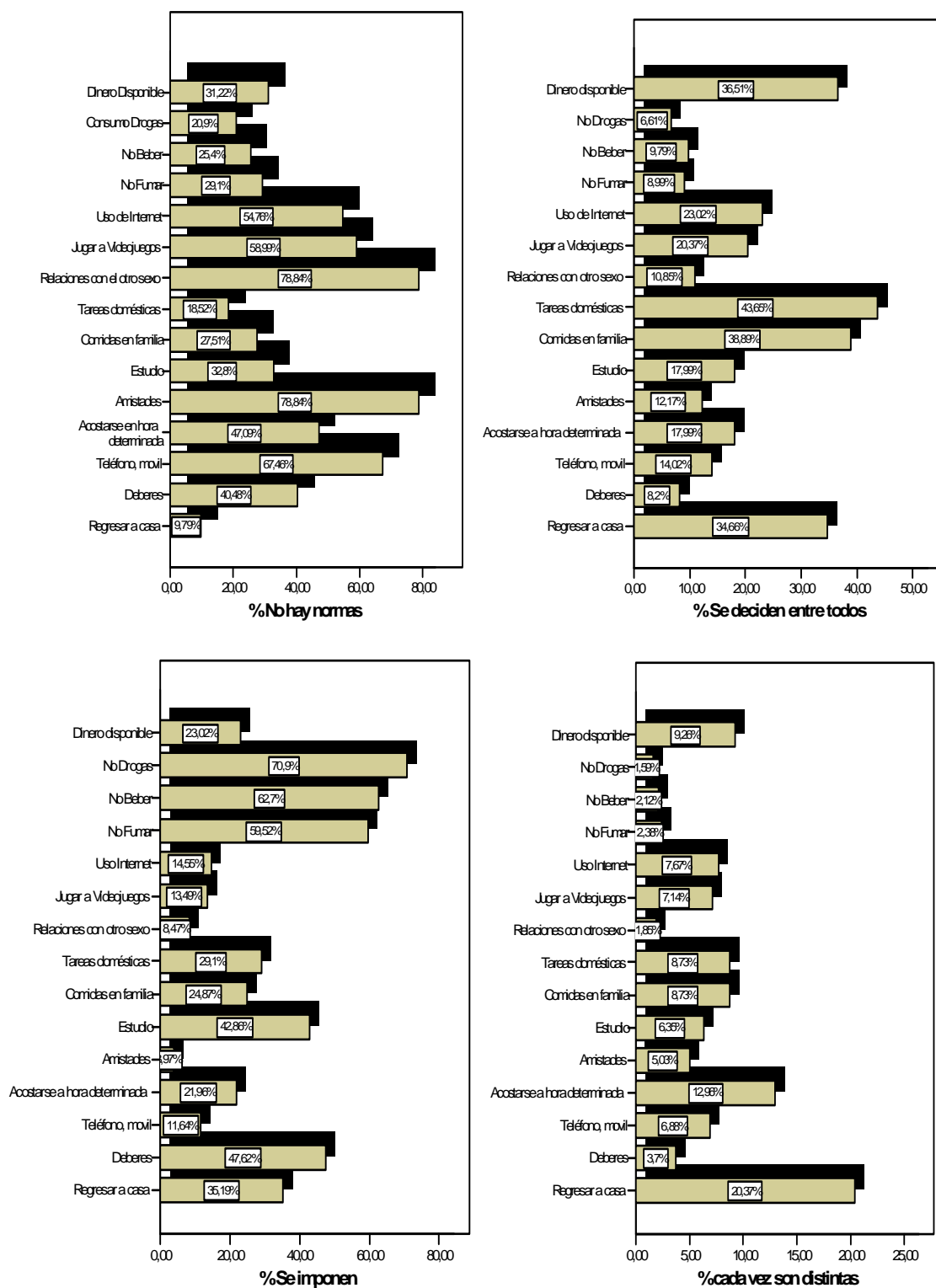


Figura 6.3.- Porcentajes por categorías en normas

Normas en la familia según los padres

En la tabla 6.36 se presentan las normas de la familia para diferentes aspectos según los padres.

Tabla 6.36.- Porcentajes y categorías de respuesta en Normas (cuestionario Preventivo Padres)

	No hay normas	Se deciden entre todos	Se imponen	Cada vez son distintos
La hora para regresar a casa	3,7%	48,8%	30,8%	16,8%
Los deberes del IES	37,8%	15,5%	38,1%	8,5%
Acostarse a una hora determinada	32,6%	19,8%	29,9%	17,7%
Amistades	67,7%	22,6%	2,1%	7,6%
Las calificaciones del IES	36,9%	20,7%	23,8%	18,6%
Comidas en familia	20,7%	43,9%	25,0%	10,4%
Tareas domesticas	19,5%	33,8%	37,2%	9,5%
Prohibición de fumar cigarrillos	21,6%	11,3%	65,9%	1,2%
Prohibición de beber alcohol	15,9%	12,2%	71,3%	,6%
Hábitos alimenticios	20,1%	23,8%	48,5%	7,6%

Puede observarse una importante coincidencia en los aspectos en los que no hay normas, se deciden y se imponen, entre lo que perciben los/las adolescentes y lo que dicen los padres, pues aunque lo intenten, al final, saben que no les funciona.

Acuerdo sobre normas entre los adolescentes y sus padres

Las relaciones entre las respuestas de los padres y de los hijos fueron analizadas para examinar su dependencia y grado de acuerdo mediante el estadístico *ji-cuadrado* (χ^2) y el coeficiente de acuerdo *kappa de Cohen*. No se presentan en el texto las tablas de frecuencias conjuntas debido a que son muy amplias y dificultan la lectura. En la tabla que sigue se presentan los estadísticos resumen y mediante una serie de gráficos mostrados en las figuras se pueden ver las principales discrepancias entre lo que dicen los padres y los hijos sobre las normas de funcionamiento en la familia.

Se observa la poca coincidencia en la percepción sobre las normas respecto a las amistades y en las opciones no hay normas y se deciden respecto a tareas domésticas y comidas en familia.

Tabla 6.37.- Acuerdo en valoración de establecimiento de normas (adolescentes/Padres)

Aspecto: Hijos /Padres	Se imponen		Se deciden		No normas	
	χ^2	Kappa	χ^2	Kappa	χ^2	Kappa
Hora de regresar a casa	34,87***	0,32	14,25***	0,20	26,55***	0,27

Estudios	20,81***	0,25	3,95*	0,10	25,96***	0,28
Acostarse a una hora	59,59***	0,41	14,36***	0,20	51,94***	0,39
Amistades	2,00	0,07	14,57*	0,11	6,12*	0,13
Comidas en familia	14,214***	0,20	6,64*	0,14	1,7	0,07
Tareas domésticas	12,62***	0,19	3,92*	0,10	1,8	0,07
Prohibición de fumar	30,41***	0,30	17,11***	0,22	22,71***	0,25
Prohibición de beber alcohol	35,30***	0,32	15,31***	0,21	23,08***	0,25

* p<0,05

*** p <0,001

Los mayores niveles de acuerdo, se producen en la percepción de que las normas se imponen, o de la contraria que no hay normas en la hora de regresar a casa, acostarse a una hora y prohibición de fumar y beber, en la percepción de que las normas se deciden, el nivel de acuerdo y coincidencias es más bajo.

Determinados autores (Laursen y Collins, 1994; Sullivan y Sullivan, 1980) plantean una relación curvilínea al comparar la existencia de conflictos con la edad, según la cual, los conflictos aumentan al comienzo de la adolescencia, se mantienen durante la mediana adolescencia y declinan al final de ésta. Esto puede observarse en nuestra muestra de adolescentes en las gráficas de cada opción estudiada (no hay normas, se imponen o se deciden)

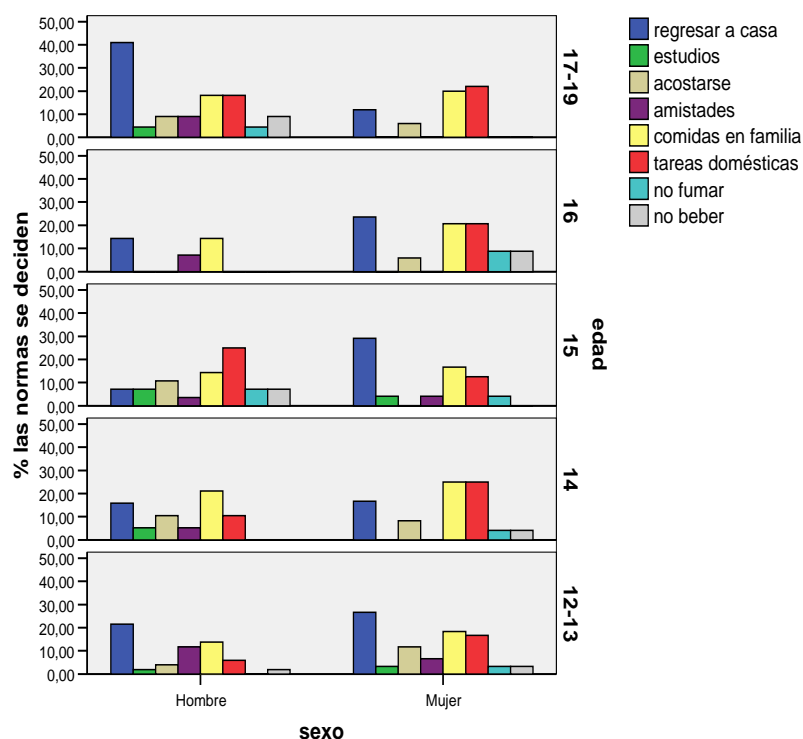


Figura 6.4.- Decisión de normas según sexo y edad

Las normas se imponen, según sexo y edad

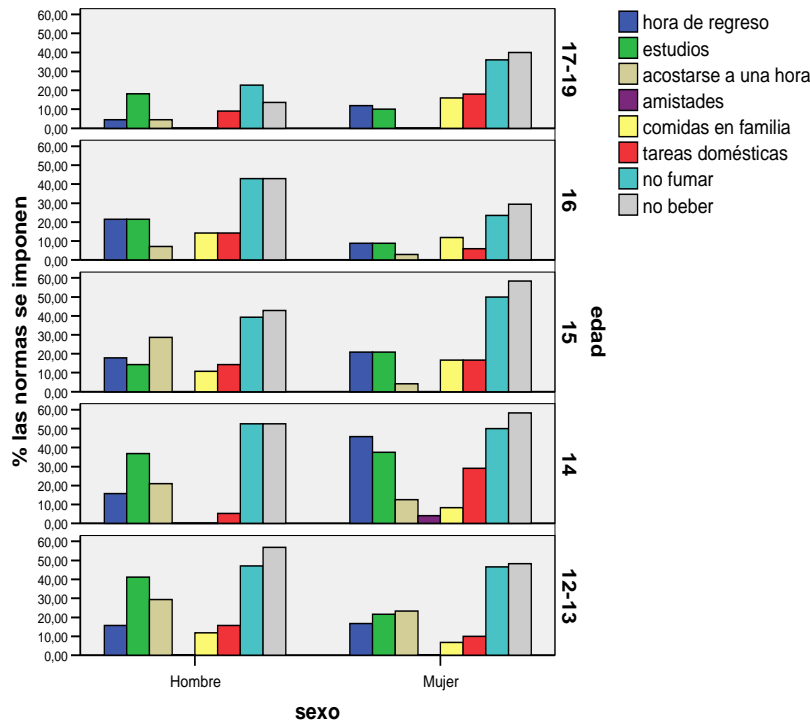


Figura 6.5.- Imposición de normas por sexo y edad

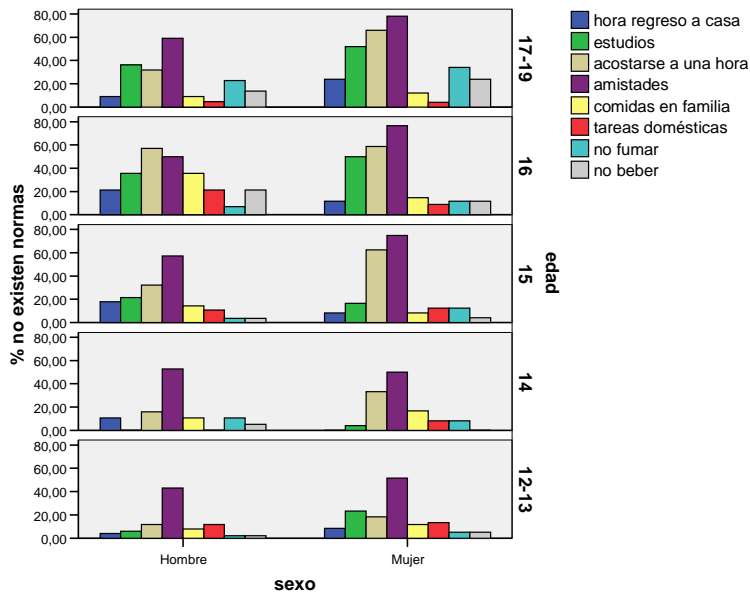


Figura 6.6.- No existencia de normas por sexo y edad

Estilos educativos de los hijos, de los padres y de la familia (sobre percepción de normas)

La familia tradicional se encargó siempre de ejercer pautas de crianza, sin importar realmente si se relacionaba o no con la dimensión educativa de los hijos. No es que no existieran pautas educativas y la crianza fuera algo distinto de la educación, sino que simplemente la familia criaba y la escuela instruía (Espinal, 2003), en la actualidad, la cosa ha cambiado considerablemente y no sólo se estudian los estilos y procesos educativos de los padres, sino que se enjuicia la formación de los padres asumiendo que el proceso se produce en una ida y vuelta donde no sólo los padres educan, sino que a través de este proceso resultan educados (Palacios y Rodrigo, 1998).

En la encuesta no se planteó una escala específica para evaluar los estilos educativos de los padres, no obstante, mediante la elaboración de las respuestas dadas por los padres y los hijos sobre el tipo de normas en la familia, se construyeron tres variables que permiten aproximarse a su estilo educativo. Las tres variables intermedias fueron:

- Puntuación total en “Ausencia de normas” a lo largo de los 10 aspectos evaluados. Se combinó con la opción “cada vez son distintas”. El rango teórico de puntuaciones oscila entre 0 y 10.
- Puntuación total en “Se deciden entre todos”, combinando los 10 aspectos evaluados en los que los padres contestaron con esta opción. El rango teórico de puntuaciones oscila entre 0 y 10.
- Puntuación total en “Se imponen”, combinando los 10 aspectos evaluados en los que los padres contestaron con esta opción. El rango teórico de puntuaciones oscila entre 0 y 10.

A partir de las tres puntuaciones anteriores se realizó un análisis de conglomerados para obtener una tipología de “estilos de padres y de hijos”. Se obtuvo una solución con tres grupos que caracterizan los siguientes tipos para las puntuaciones de padres:

1. Estilo predominante “Se imponen”: 124 (37,8%), que se asemeja al estilo “autoritario” de las tipologías clásicas.
2. Estilo predominante “Se deciden”: 51 (15,5%), similar al estilo “democrático” de las tipologías al uso
3. Estilo predominante “No normas”: 153 (46,6%), similar al “negligente”

y los siguientes para las de los hijos:

1. Estilo predominante “Se imponen”: 111 (33,8%), que se asemeja al estilo “autoritario” de las tipologías clásicas.

2. Estilo predominante “Se deciden”: 62 (18,9%), similar al estilo “democrático” de las tipologías al uso
3. Estilo predominante “No normas”: 155 (47,3%), similar al “negligente”

Para ver si también se podría hablar de estilo propio de la familia, he buscado relaciones entre estilos normativos cuando las puntuaciones de padres e hijos eran coincidentes y, de nuevo, se dan los tres estilos/conglomerados con los siguientes datos:

1. Estilo predominante “Se imponen”: 100 (30,5%), que se asemeja al estilo “autoritario” de las tipologías clásicas.
2. Estilo predominante “Se deciden”: 51 (15,5%), similar al estilo “democrático” de las tipologías al uso
3. Estilo predominante “No normas”: 171 (54%), similar al “negligente”

Por tanto podríamos concluir que a través del análisis del establecimiento de las normas, también nos podemos acercar a la idea de estilo educativo familiar.

Incluso podemos ver la relación que existe entre ambas formas de obtener la información, solo en la puntuación de los adolescentes, pues tenemos información del establecimiento de normas y de los estilos educativos, según el cuestionario de Afecto y Normas, en los mismos sujetos.

En la puntuación de los chicos, obtenemos:

1. Estilo predominante “Se imponen”: 174 (36,1%), que se asemeja al estilo “autoritario” de las tipologías clásicas.
2. Estilo predominante “Se deciden”: 161 (33,4%), similar al estilo “democrático” de las tipologías al uso
3. Estilo predominante “No normas”: 147 (30,5%), similar al “negligente”

En la puntuación de los padres:

1. Estilo predominante “Se imponen”: 155 (32,2%), que se asemeja al estilo “autoritario” de las tipologías clásicas.
2. Estilo predominante “Se deciden”: 190 (39,4%), similar al estilo “democrático” de las tipologías al uso
3. Estilo predominante “No normas”: 137 (28,4%), similar al “negligente”

Cuando analizamos la relación de los factores de riesgo, tanto en adolescentes, como en padres, las relaciones del estilo educativo visto a través del establecimiento de las normas y los riesgos en adolescentes según la escala de Normas (es la que analiza los

factores que coinciden con los conglomerados: Democrático, Autoritario y Negligente), la relación significativa se produce con el estilo Democrático y con el Negligente cuando el adolescente valora a su madre. Cuando analizamos el estilo por conglomerado y los factores en riesgo de normas cuando los valoran los padres, la relación significativa, se produce en el estilo democrático solo cuando valora el padre.

Si la relación se hace con todas las puntuaciones y no solo con los riesgos, la relación de los padres se da con el factor negligente expresado por la madre y el padre y el factor democrático expresado por el padre, pero en relación negativa. Si analizamos la relación con la puntuación del adolescente, la relación significativa se da con todos los factores expresados por los padres menos con el factor autoritario expresado por el padre.

6.3.- Cuestionarios de obtención de datos: Trastornos del Comportamiento Alimentario (EAT Y EDI)⁷

La muestra de población para los cuestionarios EAT26 y EDI, ha sido:

6.3.1.- Descriptivos de población

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	6558	51,1
Mujer	6271	48,9
Total	12829	100,0

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
11	202	1,6
12	3444	26,8
13	5767	45,0
14	2213	17,2
15	1008	7,9
16	195	1,5
Total	12829	100,0

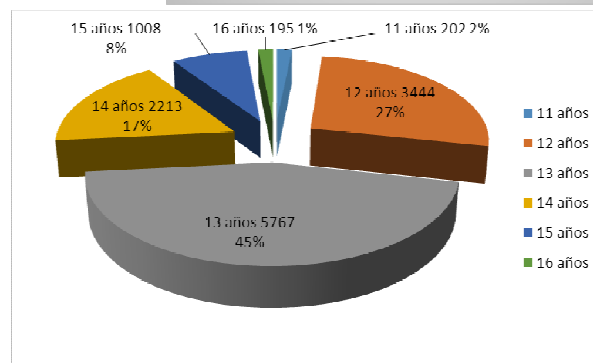


Figura 6.7.- Distribución por sexo y edad

Como ya he comentado, se realizó un análisis pormenorizado de diferencia de medias entre las distintas edades, siendo altamente significativa la diferencia en el paso de 13 a 14 años, no produciéndose diferencias en los intervalos 12-13 y 14-15, de ahí que se tomara la decisión de agrupar, para los análisis posteriores y determinación de riesgo, los datos en los intervalos 11-12 y 13 como EDAD1 (pequeños) y 14-15 y 16 como EDAD2 (mayores).

Edad reconvertida

	Frecuencia	Porcentaje
EDAD1	9413	73,4
EDAD2	3416	26,6
Total	12829	100,0

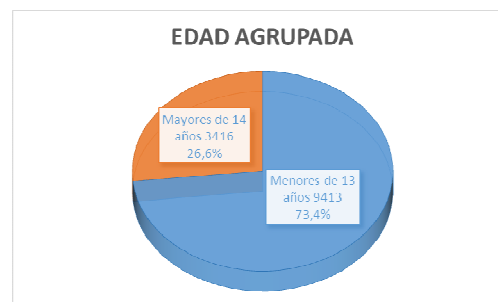


Figura 6.8.- Distribución de edad agrupada

⁷ Todos los datos de Análisis Factorial, estructura, saturaciones, descriptivos de ítems, etc. Están en un Anexo (pag).

6.3.2.- Datos de los cuestionarios

Los cuestionarios utilizados para la obtención de datos sobre riesgos de padecer un Trastorno del Comportamiento Alimentario, como se ha especificado en múltiples espacios, han sido el EAT26 y el EDI en su primera edición (por continuar con los mismos criterios y poder acumular datos para su valoración). Los ítems de ambos cuestionarios quedan reflejados en el Anexo junto a los datos de los análisis factoriales realizados.

Tras el análisis factorial al que se han sometido los dos cuestionarios (EAT26 y EDI), se han obtenido una serie de factores intentando replicar los obtenidos por sus autores y sobretodo intentando mantener la misma estructura para poder hacer comparaciones. En EAT26 los resultados son:

Tabla 6.38.- Estructura factorial de EAT26 según baremación original y nuestros datos

FACTORES		ITEMS
EAT1 (Dieta)	ORIGEN	1-6-7-10-11-12-14-16-17-22-23-24-25
	ESTUDIO	<i>10-14-3-22-11-24-26-1-23-21-9-12-2-18-4-25</i> $9EAT1+6EAT2+1EAT3$
EAT2 (Bulimia/preoc. por comida)	ORIGEN	3-4-9-18-21-26
	ESTUDIO	<i>7-16-6-19-5-17</i> $4EAT1 + 2EAT3$
EAT3 (Control oral)	ORIGEN	2-5-8-13-15-19-20
	ESTUDIO	<i>8-13-20-15</i> $4EAT3$

Puede observarse que las coincidencias en la extracción de factores es elevado en los factores EAT1 y EAT3, pero no coinciden en el factor EAT2 que según nuestros datos estaría incluido en el factor primero, indicando lo que muestra el gráfico de sedimentación, que con dos factores explicaríamos el 27,86 de la varianza y saldría un factor incluyendo los ítems del EAT1 y el EAT2 y otro coincidente con el EAT3. Dado que este cuestionario se ha considerado en la literatura científica semidiagnóstico, hemos seguido utilizando la estructura factorial que recomendaban sus autores, haciendo diferencia entre aspectos de dieta y de Bulimia.

Los datos obtenidos manteniendo los ocho factores que recomienda el EDI, son:

Tabla 6.39.- Estructura factorial de EDI para ocho factores según baremación original y nuestros datos

FACTORES		ITEMS
EDI1 (Tendencia a Adelgazar)	ORIGEN	1-7-11-16-25-32-49
	ESTUDIO	<i>59-55-32-2-9-45-62-19-12-31-7-16-25-49</i> $5EDI1 + 9EDI3$
EDI2 (Bulimia)	ORIGEN	4-5-28-38-46-53-61
	ESTUDIO	<i>60-51-21-34-44-33-35-8-40-54</i> $7EDI7 + 2EDI6 + 1EDI8$
EDI3 (Insatisfacción Corporal)	ORIGEN	2-9-12-19-31-45-55-59-62
	ESTUDIO	<i>15-57-26-23-17-20-30-42-43</i> $2EDI7+4EDI6+1EDI5+2EDI4$
EDI4	ORIGEN	10-18-20-24-27-37-41-42-50-56

(Inefectividad)	ESTUDIO	5-28-4-46-61-64	5EDI2 + 1EDI7
EDI5	ORIGEN	13-29-36-43-52-63	
(Perfeccionismo)	ESTUDIO	48-14-3-6-36-52-29-63	4EDI5 + 4EDI8
EDI6	ORIGEN	17-23-30-34-54-57	
(Desconfianza Interpersonal)	ESTUDIO	24-18-27-10-41-56-37-50-53-13	1EDI2 + 8EDI4 + 1EDI5
EDI7	ORIGEN	8-15-21-26-33-40-44-47-51-60-64	
(Conciencia Interoceptiva)	ESTUDIO	58-22-39	3EDI8
EDI8	ORIGEN	3-6-14-22-35-39-48-58	
(Miedo a Madurar)	ESTUDIO	11-1-38-47	2EDI1 + 1EDI2 + 1EDI7

En el caso del EDI los datos son más confusos y se mezclan bastante los ítems que debieran pertenecer a los distintos factores que determina el cuestionario de origen. Estas diferencias podrían deberse a la edad de nuestra muestra, exclusivamente formada por adolescentes jóvenes o tal vez a que son adolescentes “normales”, de un entorno muy específico, en el sentido en que son todos del mismo municipio, con unas características muy concretas y el tiempo en que se han obtenido los datos es muy distinto del tiempo de obtención de los datos de baremación y además la muestra es acumulada a lo largo de casi 30 años, con los cambios de modas, ciclos sociales, aparición de Internet, etc. Por esta razón no nos atrevemos a valorar nuestros datos como posible crítica a la baremación de origen y para los análisis descriptivos continuamos manteniendo la estructura que recomienda el cuestionario de origen, y que, igualmente, se mantuvieron para la adaptación y baremación española los factores que indicaba el cuestionario americano. Sinceramente, creo que no tiene mucho que ver la sociedad americana con la española, por mucho que intenten copiar/transmitir modelos y actitudes. Por ahora el carácter mediterráneo ofrece algún factor de protección, al menos en la dieta de alimentación de las familias.

Para entender mejor el significado de los datos de evolución en unos factores u otros y sobre todo para poner de relieve las dos facetas de detección del EDI (por reducirlas al extremo: alimentación y características de adolescencia), creo bueno ofrecer unas mínimas pinceladas sobre cada factor, así se entenderá mejor el contenido con que se trabajó en los talleres (factores explicativos de TCA, Imagen Corporal, Modas e influencia de Medios de Comunicación, Relaciones Sociales, Autoestima y Auto concepto, Perfeccionismo...).

Puesto que no trabajamos específicamente con los factores del EAT26, sino con la puntuación de corte en el total ($EAT^T > 20$) y porque correlaciona ampliamente con los del EDI, solo haré referencia al significado y sentido de cada uno de ellos:

EDI1 Obsesión por la Delgadez.- (Fiabilidad $\alpha=0,79$)⁸ Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. Según autores, la manifestación clínica de un intenso impulso para estar más delgado o un fuerte

⁸ La fiabilidad de cada escala se ha obtenido con la muestra total (12829).

temor a la gordura es un **síntoma esencial** para el diagnóstico de TCA. Russell (1970) describe “el temor mórbido a la obesidad” como el núcleo psicopatológico del trastorno.

EDI2 Bulimia.- (Fiabilidad $\alpha = 0,55$) Este factor evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida **incontrolables**. Ya desde su creación se mantiene este factor para poder diferenciar las tendencias bulímicas de las anoréxicas.

EDI3 Insatisfacción Corporal.- (Fiabilidad $\alpha = 0,88$) Este es uno de los aspectos de la perturbación de la Imagen Corporal característica de los pacientes de estos trastornos. Este factor mide la insatisfacción de la persona con la forma general de su cuerpo o con partes del mismo, puede considerarse como uno de los factores clave, responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso.

EDI4 Ineficacia.- (Fiabilidad $\alpha = 0,69$) Se evalúan, aquí, sentimientos de incapacidad general, inseguridad, sensación de vacío, auto desprecio y falta de control sobre la propia vida. Esta escala se relaciona con una pobre autoestima y con una evaluación negativa. Este factor se encuentra presente en la mayor parte de explicaciones clínicas del trastorno.

EDI5 Perfeccionismo.- (Fiabilidad $\alpha = 0,50$) Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que solo son aceptables niveles de rendimiento personales excelentes y está convencido de que los demás esperan de él/ella unos resultados excepcionales.

EDI6 Desconfianza Interpersonal.- (Fiabilidad $\alpha = 0,47$) Evalúa la necesidad de mantener a los demás a cierta distancia y el desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Se relaciona en la práctica con déficits en Habilidades Sociales.

EDI7 Conciencia Interoceptiva.- (Fiabilidad $\alpha = 0,62$) Se evalúa a través de sus elementos el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales e incluso a reacciones y sensaciones viscerales. Se relaciona con la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen sobre sus estados internos.

EDI8 Miedo a Madurar.- (Fiabilidad $\alpha = 0,60$) Este factor pretende conocer el deseo de volver a la seguridad de la infancia. El adolescente piensa que esta vuelta atrás le puede proporcionar alivio frente a la confusión se sufre en este momento evolutivo y los conflictos familiares que acompaña.

No obstante, el Programa de Prevención y Detección Precoz de TCA que justifica este trabajo está sufriendo modificaciones en función de los recursos humanos disponibles, sobre todo en la realización de las entrevistas de ratificación de riesgo, de ahí que intentemos al máximo aquilatar el número de entrevistas sin perder el nivel de

efectividad, para ello, se ha realizado una tentativa de estudio de los datos y su posible adaptación. Con un objetivo último (derivación de chicos a recursos de salud de la zona tras la entrevista e información a los padres), se ha realizado un ajuste de los datos a cinco factores, pues aunque el gráfico del Análisis Factorial nos indica el mejor ajuste a cuatro, para guiar la entrevista hacia las dos vertientes del trastorno (anorexia y bulimia), se ha mantenido un quinto factor que coincide con el original EDI 2 (Bulimia) del cuestionario de Garner et al, (1982), este último factor en el análisis con cuatro, se confunde con el factor que indicaría Conciencia Interoceptiva.

Muchos autores han probado otras formas de organización del cuestionario, aunque casi todos ratifican los ocho factores, otros se arriesgan, por ejemplo a tres (Welch, Hall y Walkey, (1988) con muestras no clínicas, manteniendo la escala de Perfeccionismo, integrando en un solo factor las escalas de obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal y en otro distinto ineficacia y conciencia interoceptiva. Incluso los propios autores (Garner et al, 1982) sugieren que los constructos identificados en pacientes con TCA (la mayor parte de su muestra) pueden no seguir los mismos modelos de asociación cuando se trata de grupos normales. En esta misma línea de tres factores iban los resultados obtenidos en la adaptación española, acercándose a tres dimensiones, lo corporal, lo social y lo personal, incluso restringiendo los datos a los casos clínicos, las dimensiones irían hacia una dimensión corporal y otra social.

Ya en la baremación española del EDI Guimerá y Tonrubia (1987) hacen ver que *“los tres primeros factores están relacionados directamente con el peso y las conductas alimentarias y los otros cinco exploran algunos aspectos psicológicos pertinentes en los TCA”*.

Así, me atrevo a intentar ofrecer alguna idea, basada en la práctica profesional de estos años, sobre una posible estructura más adecuada para el trabajo cotidiano con las familias y los propios adolescentes, sin perder el grado de sensibilidad y especificidad que es oportuno mantener y adecuando el esfuerzo técnico que supone mantener este tipo de programas cuando los recursos se van mermando. La propuesta pasa, pues, por rebajar de ocho a cinco factores y reducir así el número de entrevistas a adolescentes de riesgo. Nuestros datos nos lo permiten, pues en el análisis realizado durante tres años consecutivos, hubiéramos cometido solo un error (falso negativo) al no enviar a un chico a la consulta del pediatra y es posible que los tutores o departamentos de orientación nos lo hubieran indicado.

Al final, se ha realizado análisis factorial para ocho, cinco y cuatro factores (Anexo) haciendo diferencia entre sexo y edad y al analizar ocho y cuatro factores, se dan diferencias importantes, en cuanto a la adscripción de unos ítems a unos u otros factores, según la variables y cuando se hace con cinco factores la estructura solo varía en un ítem con respecto a la edad y en dos con respecto al sexo, abundando en esta decisión la fiabilidad, no baja, de los cuatro factores primeros, con la salvedad de la escala de Bulimia que se añadió como diferenciación de Anorexia y que con cuatro factores se suprimiría. Estos cinco factores quedarían de la siguiente forma:

Tabla 6.40.- Estructura factorial de EDI para cinco factores según nuestros datos

FACTORES		ITEMS
EDI1 (Tendencia a Adelgazar e Insatisfacción Corporal)	<i>ESTUDIO</i>	32-2-59-45-9-55-7-19-62-12-16-49-25-11-31-53-38-64-1 $7EDI1 + 9EDI3 + 1EDI2 + 1EDI7$
EDI2 (Inefectividad, Perfeccionismo y Conciencia Interoceptiva)	<i>ESTUDIO</i>	60-56-51-34-21-27-44-18-36-52-24-54-35-33-41-13-10-47-63-8-29-40 $6EDI4 + 5EDI5 + 8EDI7 + 2EDI6 + 1EDI8$
EDI3 (Inefectividad y Desconfianza Interpersonal)	<i>ESTUDIO</i>	50-57-37-42-26-15-23-17-43-20-30 $4EDI4 + 4EDI6 + 2EDI7 + 1EDI4 + 1EDI5$
EDI4 (Bulimia)	<i>ESTUDIO</i>	5-28-4-46-61 $5EDI2$
EDI5 (Miedo a Madurar)	<i>ESTUDIO</i>	14-3-58-48-39-22-6 $7EDI8$

Como puede apreciarse, las agrupaciones de ítems siguen tendiendo a especificar dos tipos (alimentación, dieta, imagen... y adolescencia, madurez...) incluso si los ítems del factor cuatro del cuestionario de origen se agruparan en el factor tres de nuestros resultados, sería mucho más lógico y efectivo, de hecho así ocurre si el análisis factorial contempla solo cuatro factores, se observa una agrupación aún más clara entre los ítems de los dos tipos.

Si forzásemos a cuatro factores, la estructura quedaría como sigue:

Tabla 6.41.- Estructura factorial de EDI para cuatro factores según nuestros datos

FACTORES		ITEMS
EDI1 (Tendencia a Adelgazar e Insatisfacción Corporal)	<i>ESTUDIO</i>	32-2-59-45-9-55-7-19-62-12-16-49-25-11-31-38-1 $7EDI1 + 9EDI3 + 1EDI2$
EDI2 (Inefectividad, Perfeccionismo y Conciencia Interoceptiva)	<i>ESTUDIO</i>	60-56-51-34-21-27-44-18-36-52-24-54-33-41-13-10-47-63-8-29-40-28-64-53-46-4-35-5-61 $6EDI4 + 5EDI5 + 9EDI7 + 6EDI2 + 2EDI6 + 1EDI8$
EDI3 (Inefectividad y Desconfianza Interpersonal)	<i>ESTUDIO</i>	50-57-37-42-26-15-23-17-43-20-30-39 $4EDI4 + 4EDI6 + 2EDI7 + 1EDI8 + 1EDI5$
EDI4 (Miedo a Madurar)	<i>ESTUDIO</i>	14-3-58-48-22-6 $6EDI8$

Agrupación de los ítems según Análisis Factorial realizado con la muestra dividida por edad y sexo. Puesto que las diferencias, según estas variables, son determinantes, hemos analizado la estructura factorial por separado para ver su efecto real.

Tabla 6.42.- Estructura factorial EDI8F, EDI5F y EDI4F. Según variable edad. Los subrayados y negrita son ítems que no tienen coincidencia en el mismo factor.

FACTOR	Estructura de ítems en Pequeños	Estructura de ítems en Mayores
Factor I	59/55/2/32/9/45/62/19/12/31/7/16/25/49	32/59/2/45/55/62/9/19/12/7/16/49/31/25/ <u>11/53</u>

Factor 2	60/51/21/34/44/33/8/ 54	51/60/21/34/44/33/8/ 40
Factor 3	15/57/26/23/17/30/20	57/15/26/23/17/20/ 37/30/42/43/54
Factor 4	5/28/4/46/61/ 40	5/28/4/46/61/61
Factor 5	48/14/3/6/35/52/36/ 43/29/63	14/48/3/6/35/36/ 13/29/52
Factor 6	24/18/27/10/41/56/ 37/50/42/13	27/10/18/24/41/56/50
Factor 7	58/22/39	58/22/39/ 63
Factor 8	11/38/1/64/53/47	1/38/47
Factor 1	32/2/59/45/9/55/19/7/12/62/16/49/25/11/31/53/38/64/1	32/2/59/45/9/7/55/62/19/16/49/25/11/12/31/53/1/38/64/ 47
Factor 2	60/56/51/21/34/27/44/18/36/52/24/33/35/54/41/10/13/ 47/8 /63/29/40	60/51/34/56/21/44/27/18/36/52/24/54/41/13/35/33/10/63/40/8/29
Factor 3	50/37/57/42/26/15/23/17/43/20/30	57/50/37/42/26/15/23/20/17/43/30
Factor 4	5/28/4/46/61	5/28/4/46/61
Factor 5	14/3/48/58/39/6/22	14/3/58/48/39/22/6
Factor 1	32/2/59/45/9/19/7/55/12/16/62/49/25/11/31/1/53/38/ 41/47 / 24/10	32/2/59/45/9/7/16/19/55/62/49/25/11/12/31/53/1/38/47
Factor 2	28/5/4/46/61/ 58/22/64/40/51/27/21/56/60/44/13/33/54	28/5/27/56/46/51/60/4/18/44/21/ 36/34/24/41/54/40/61/64/33/10/13/8/52/2 2/35/63
Factor 3	48/14/3/6/ 35/34/29/36/52/8	57/50/37/42/23/26/15/39/20/17/30/43/ 58
Factor 4	50/37/57/42/26/23/15/17/43/39/20/30/ 18/63	14/48/3/6/29

Tabla 6.43.- Estructura factorial EDI8F, EDI5F y EDI4F. Según variable sexo. Los subrayados y negrita son ítems que no tienen coincidencia en el mismo factor.

FACTOR	Estructura de ítems en Chicas	Estructura de ítems en Chicos
Factor 1	59/55/32/9/ 62/2/45/19/12/31/16/7/49/25	2/32/19/9/59/7/45/12/55/25/16/ 11/49/31/38
Factor 2	51/21/60/44/34/33/8	51/60/21/34/44/ 35/52/36/48/33/63/56/43/29/13/40/8
Factor 3	5/28/4/46/61/ 64/40	26/15/57/23/17/37/20/ 50/42/30/
Factor 4	57/23/15/17/26/30/20/ 54	5/28/4/46/ 1
Factor 5	48/14/3/6/35/29/43/63/52/36/13	58/22/39/14/3/6
Factor 6	18/24/27/10/41/ 56/37/50/42/53	24/27/18/41/15
Factor 7	58/22/39	53/47/64/54/61
Factor 8	11/38/1/47	62
Factor 1	32/59/2/9/19/55/45/62/12/16/7/49/25/11/31/ 1/53/38/64	2/32/45/59/7/9/19/55/12/62/25/11/49/16/31/38/53
Factor 2	60/56/51/21/34/44/27/18/52/36/33/54/24/10/8/47/35/41/13 /63/29/40	60/51/21/56/34/27/36/44/18/35/24/41/52/33/13/54/10/63/8/47/29/40
Factor 3	50/57/42/37/15/26/23/17/43/20/30	37/57/50/42/23/26/15/17/43/20/30
Factor 4	5/28/4/46/61	5/4/28/46/61/ 1/64
Factor 5	14/48/3/58/39/6/22	58/14/3/22/39/48/6
Factor 1	32/2/59/9/19/45/55/16/7/12/62/49/25/11/31/1/ 53/38/41/47 / 24	32/2/45/59/7/9/19/12/55/62/25/16/11/49/31/1/38/47
Factor 2	48/14/3/6/35/34/60/51/ 29/44/52/36/21/56/8/54/63/13/10/3 3	28/51/56/27/46/5/4/21/60/61/54/ 41/24/64/18/36/40/34/44/33/13/10/22/52/ 53/8/63
Factor 3	5/4/28/46/ 58/61/22/64/40/27	37/50/42/57/23/26/15/43/17/39/20/30/ 29
Factor 4	50/57/37/42/15/26/23/39/17/20/30/43/18	14/48/3/6/ 58/35

Puede apreciarse como, tanto para la edad como para el sexo, el mejor ajuste factorial sería el de cinco factores que se mantiene más estable.

Me gustaría llamar la atención, en este punto, a las fiabilidades **obtenidas con nuestros datos**, manteniendo la estructura de los factores de origen, organizados según nuestro análisis factorial y tomando en cuenta solo 5 factores o incluso 4.

Tabla 6.44.- Distintas fiabilidades de las escalas según estructura factorial

Factores	Siguiendo la estructura original	Según los 8 factores nuestros	Según los 5 factores nuestros	Según los 4 factores nuestros
FACTOR1	,84	,89	,82	,89
FACTOR2	,67	,84	,80	,85
FACTOR3	,90	,65	,57	,65
FACTOR4	,78	,68	,55	,29
FACTOR5	,52	,24	,09	
FACTOR6	,54	,88		
FACTOR7	,69	,75		
FACTOR8	,59	,55		

Es evidente que los nombres y contenidos de los factores no responderían a los de origen, sino ajustados a la estructura que muestran las tablas 6.39 y 6.40, incluso si forzásemos el análisis factorial a los cuatro factores que indica el gráfico de sedimentación, desaparece el factor 5 que corresponde a los ítems de Bulimia y se incluye en un factor 2 junto a ítems de los factores EDI4, EDI7 Y EDI5. Este factor se mantuvo para diferenciar tendencias bulímicas de anoréxicas, pero tal vez los ítems no lleguen a medir bien el factor, como único.

Al tomar como criterio los cinco factores en lugar de los ocho, los puntos de corte para establecer los riesgos cambian y quedan de la siguiente forma:

Tabla 6.45.- Puntos de corte según sexo y edad con estructura factorial de cinco factores

FACTORES	Chicas pequeñas	Chicas mayores	Chicos pequeños	Chicos mayores
EDI1 (Tendencia a Adelgazar e Insatisfacción Corporal)	22	28	14	15
EDI2 (Inefectividad, Perfeccionismo y Conciencia Interoceptiva)	15	19	15	16
EDI3 (Inefectividad y Desconfianza Interpersonal)	12	13	13	12
EDI4 (Bulimia)	2	3	2	2
EDI5 (Miedo a Madurar)	11	11	10	12

Estos son los que utilizaremos para determinar los riesgos según el criterio de cinco factores.

Con la intención de ofrecer datos de nuestro estudio en comparación con otros estudios, transcribo dos tablas, sobre fiabilidad de las escalas, del documento de la adaptación del EDI (Corral et al.,1998) añadiendo los datos obtenidos en nuestra muestra.

Tabla 6.46.- Consistencia interna en diversas muestras no clínicas

ESCALA	Garner y Olmsted (1984)	Raciti y Norcross (1987)	Vanderheyden et al (1988)	Shore y Porter (1990)	Getafe (2014)

N	271	268	158	354	12829
Obsesión por la delgadez	,87	,90	,91	,81	,84
Bulimia	,83	,82	,82	,69	,67
Insatisfacción corporal	,92	,92	,93	,91	,90
Ineficacia	,88	,90	,90	,82	,78
Perfeccionismo	,76	,79	,69	,70	,52
Desconfianza interpersonal	,80	,81	,86	,77	,54
Conciencia interoceptiva	,81	,81	,78	,78	,69
Miedo a la madurez	,72	,80	,77	,65	,59

Tabla 6.47.- Fiabilidad test-retest en muestras no clínicas

ESCALA	Welch (1988) Una semana	Wear y Pratz (1987) 3 semanas	Crowther et al. (1990) Un año	Getafe (2014) Dos años	Getafe (1997-98) Un año
N	70	70	282	552	827
Obsesión por la delgadez	,85	,92	,72	,40	,44
Bulimia	,79	,90	,44	,34	,30
Insatisfacción corporal	,95	,97	,75	,56	,59
Ineficacia	,92	,85	,55	,42	,41
Perfeccionismo	,86	,88	,65	,34	,34
Desconfianza interpersonal	,80	,81	,60	,28	,34
Conciencia interoceptiva	,67	,85	,41	,24	,27
Miedo a la madurez	,84	,65	,48	,22	,27

Antes de hacer otras valoraciones de relaciones, diferencias, etc. Expongo algunos datos globales de interés.

A la hora de realizar los análisis, para completar las bases de datos, se han imputado los datos no presentes (missing) en dos formas: con puntuación cero o con imputación a la media (sustitución de los missing por la media de la puntuación de ese ítem en la muestra). La imputación con ceros, se realizó al inicio del programa, pues la corrección de la prueba establece que los tres mejores resultados de las seis opciones, se puntúen con cero (dado que al marcar la puntuación de la escala el déficit, una respuesta asintomática no debiera acrecentar la puntuación), y la hemos mantenido porque fue la que dio origen, al inicio, a los datos de especificidad y sensibilidad para determinar la continuidad del programa. Para todos los análisis posteriores se han utilizado las puntuaciones de origen (1-6) de los ítems sin reconvertir y la imputación se ha hecho a la media. Este cuestionario es muy sensible a la falta de datos, de ahí que, se han despreciado muchos cuestionarios incompletos y con porcentajes de missing superiores a los criterios óptimos (>10%, Martínez Arias et al, 2015).

Tabla 6.48.- Medias por edad y sexo (O chicos y A chicas) imputando con cero los missing.

	11O	11A	12O	12A	13O	13A	14O	14A	15O	15A	16O	16A
EAT ^T	9.37	7.16	7.94	8.43	7.05	8.74	6.48	10.75	5.97	10.17	5.49	10.77
EAT1	5.32	3.95	4.16	4.49	3.78	5.06	3.64	6.48	3.40	6.10	3.08	6.27
EAT2	.98	.62	.94	1.03	.71	.87	.71	1.19	.72	1.11	.61	1.09
EAT3	3.07	2.58	2.84	2.91	2.56	2.82	2.14	3.08	1.84	2.97	1.80	3.41
EDI1	3.15	2.97	2.94	3.65	2.81	4.20	2.62	5.67	2.45	5.39	2.36	5.77
EDI2	1.50	.56	1.20	.90	.97	.98	1.04	1.40	1.09	1.23	1.09	1.20
EDI3	4.36	4.22	3.72	5.59	3.41	5.81	3.64	8.12	3.82	8.46	4.41	8.78

EDI4	2.62	2.62	2.75	3.22	2.49	3.02	3.03	4.06	3.03	4.28	3.16	3.98
EDI5	5.86	4.77	5.75	4.64	5.62	4.91	5.12	4.76	4.95	4.67	4.26	4.08
EDI6	3.06	3.03	3.06	3	2.81	2.86	3.07	3.09	3.11	3.13	2.84	3.03
EDI7	3.85	3.80	4.04	3.70	3.34	3.74	3.83	4.79	3.52	4.51	3.07	4.49
EDI8	7.51	7.28	8.01	7.50	7.73	7.60	7.34	7.43	6.89	7.16	5.33	6.53
%CasoEAT	3,7	,9	33,2	19,9	42,3	43,4	15,1	24,4	5,1	9,3	,6	2,1
%CasoEDI	2,1	1,3	30,6	21,1	39	42	17,9	25,3	9,5	8,6	,8	1,8
%CasoTotal	2,4	1,3	31,2	21,4	40	42,4	17,4	24	8,2	8,7	,8	2,1

Tabla 6.49.- Medias por edad y sexo (O chicos y A chicas) imputando la media a los missing.

	11O	11A	12O	12A	13O	13A	14O	14A	15O	15A	16O	16A
EATT	8.40	7.75	7.82	7.91	6.98	8.72	6.38	10.84	5.94	10.24	5.59	10.86
EAT1	4.70	4.23	4.07	4.24	3.71	5.05	3.54	6.52	3.36	6.14	3.12	6.32
EAT2	.94	.71	.90	.89	.69	.87	.68	1.20	.71	1.10	.62	1.10
EAT3	2.76	2.80	2.83	2.77	2.56	2.79	2.14	3.10	1.86	2.99	1.83	3.44
EDI1	2.92	3.27	2.91	3.58	2.77	4.20	2.54	5.72	2.43	5.30	2.39	5.73
EDI2	1.40	.69	1.12	.82	.90	.94	1.01	1.37	1.11	1.24	1.11	1.21
EDI3	4.18	4.58	3.64	5.47	3.35	5.81	3.55	8.28	3.82	8.49	4.39	8.77
EDI4	2.81	2.69	2.63	3.02	2.42	2.98	2.96	4.10	3.01	4.33	3.07	3.95
EDI5	5.41	4.69	5.71	4.55	5.65	4.89	5.11	4.78	5	4.69	4.40	4.10
EDI6	3.30	3.16	2.98	2.92	2.84	2.75	3	3.06	3.05	3.07	2.73	3.04
EDI7	4	3.94	3.83	3.47	3.29	3.65	3.73	4.70	3.46	4.47	3.04	4.49
EDI8	7.66	7.32	7.98	7.47	7.76	7.55	7.38	7.43	6.84	7.09	5.25	6.60
%CasoEAT	3,7	,9	33,2	19,9	42,3	43,4	15,1	24,4	5,1	9,3	,6	2,1
%CasoEDI	2,1	1,1	29,5	23	38,4	46,6	14	20,4	10,2	7,8	,8	1,1
%CasoTotal	2,3	1,1	30	22,4	39,8	44,3	18,3	22,2	8,8	8,4	,8	1,6

En la primera tabla las medias están calculadas con los datos reconvertidos, según los criterios de corrección de origen de los cuestionarios, imputando con cero los missing. En los casos de riesgo (caso), aparece el porcentaje puesto que la variable es dicotómica (correspondería a la prevalencia de riesgo por sexo, edad y variable). En la segunda tabla las medias están calculadas con los datos reconvertidos, según los criterios de corrección de origen de los cuestionarios, pero imputando la media a los missing. Los datos en CasoEAT, son los mismos, pues el punto de corte está establecido en 20 para ambas opciones, si cambian, evidentemente, los CasosEDI y CasosTotal al resultar distintos datos teniendo en cuenta el sexo y la edad para el cálculo de riesgo.

Como puede observarse, los datos difieren un poco según la imputación que se haya realizado a los missing, pero estas diferencias no son significativas. Se adjuntan las tablas porque en el principio del funcionamiento del programa, los criterios de corte que se utilizaron tenían que ver con los datos imputando los missing con cero (criterio de bondad en la respuesta para no establecer riesgos innecesarios). Dado que los datos servían para realizar la entrevista semidiagnóstica, contábamos con este filtro posterior, más el criterio de tutores y departamentos de orientación. Los datos actuales que aportamos como criterios de corte en la pág. 69, son los que se han obtenido a través de la imputación de la media a los missing y teniendo en cuenta la edad y el sexo, de clarísima influencia. Ya los creadores del cuestionario recomiendan que los puntos de corte se adecúen lo más posible a la población estudiada, incluso con cierto criterio

conservador que amplía el número de entrevistas y, tal vez, los falsos positivos, pero reduce el número de falsos negativos.

Los análisis de los cuestionarios utilizados en la detección de riesgos en TCA, nos muestran datos coincidentes con la baremación de origen en el EAT-26 y menos coincidentes en el EDI.

Para realizar ambos análisis se ha utilizado una base de datos que se ha ido construyendo acumulativamente desde el inicio del programa (año 1997), con adolescentes entre 12 y 16 años y que consta de 12829 registros. Dado que es información obtenida en distintos años y en distintos momentos históricos, será posible hacer un análisis de espacios de tiempo, pues en algunos momentos han coincidido picos de mayor incidencia del trastorno, sin poder determinar claramente cuánto de ello se debía a la realidad de las variables que intervienen o a otras causas (mayor énfasis mostrados por asociaciones de afectados y de profesionales, movimiento de subvenciones a unos estudios o a otros, primacía de unos profesionales u otros, otros intereses y sensibilidades sociales y mediáticas....). He intentado hacer un estudio a través de hemeroteca y otras fuentes de información, pero no me ha sido fácil acceder a las hemerotecas de los medios de comunicación y excedía el objeto de esta tesis. Tal vez para estudios posteriores pueda ser de interés, no obstante adjunto unos mínimos datos analizados teniendo en cuenta esta variable de año de obtención de la información, por si fuera de interés.

Tabla 6.50.- Muestras de población por año y frecuencia y porcentaje de riesgo/no riesgo

*En estos dos años el riesgo se calculó con EAT>15 pero se han actualizado con los criterios de corte actuales.

no caso	caso	Porcentaje de ser caso prevalencia de riesgo	Año	Frecuencia	Porcentaje válido en toda la muestra	Porcentaje acumulado
366	67	15,5	9798*	433	3,4	3,4
1559	214	12,1	9899*	1773	13,8	17,2
677	107	13,6	9900	784	6,1	23,3
1307	206	13,6	20001	1513	11,8	35,1
522	106	16,9	20012	628	4,9	40,0
371	36	8,8	20023	407	3,2	43,2
581	108	15,7	20034	689	5,4	48,5
280	45	13,8	20045	325	2,5	51,1
246	46	15,8	20056	292	2,3	53,3
654	93	12,4	20067	747	5,8	59,2
536	82	13,3	20078	618	4,8	64,0
686	122	15,1	20089	808	6,3	70,3
209	29	12,2	200910	238	1,9	72,1
428	98	18,6	201011	526	4,1	76,2
662	132	16,6	201112	794	6,2	82,4
920	152	14,2	201213	1072	8,4	90,8
999	183	15,5	201314	1182	9,2	100,0
11003	1826		Total	12829	100,0	

Ser caso total (riesgo según criterios de EAT o EDI o ambos) en el total de la muestra

Tabla 6.51.- *Prevalencia de riesgo total a los largo de todos los años

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no caso	11003	85,8	85,8
caso	1826	14,2*	100,0
Total	12829	100,0	

Analizar la información de los años, puede indicar cambios de actitud general de la población al paso del tiempo. En los dos últimos años se han contado además con los centros concertados y tal como hemos visto en Estilos Educativos, que se produce diferencias en algunos factores según titularidad del centro, es posible que en TCA pueda ocurrir algo similar. Esto quedará como incógnita hasta un análisis más pormenorizado de los datos.

6.3.3.- Estadísticos descriptivos factores de EAT26 y EDI (8 y 5 factores)

Tabla 6.52.- Descriptivos EAT26 y EDI8F y EDI5F

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
EATT_1	0	66	7,96	7,64	1,97	5,64
EAT1_1	0	39	4,45	5,12	1,99	4,95
EAT2_1	0	15	,85	1,67	2,64	9,04
EAT3_1	0	20	2,67	2,95	1,44	2,38
EDI1_1	0	21	3,55	4,44	1,78	2,78
EDI2_1	0	21	1,01	2,09	3,04	12,18
EDI3_1	0	27	4,90	6,36	1,65	2,18
EDI4_1	0	30	2,96	3,65	2,43	8,51
EDI5_1	0	18	5,15	3,30	,74	,59
EDI6_1	0	18	2,93	2,75	1,24	1,95
EDI7_1	0	30	3,71	4,03	1,81	4,17
EDI8_1	0	24	7,58	4,47	,82	,48
EDI1F5	,00	57,00	8,97	10,73	1,81	3,00
EDI2F5	,00	60,00	7,94	7,96	1,99	5,31
EDI3F5	,00	33,00	7,55	4,37	1,19	2,14
EDI4F5	,00	15,00	,62	1,60	3,49	14,96
EDI5F5	,00	21,00	6,68	4,07	,80	,49

N= 12829 1.- Error Típico = 0,02 2.- Error Típico = 0,04

Tabla 6.53.- Descriptivos EAT26 y EDI8F y EDI5F, según sexo y edad

N= 12829

	Chicos		Chicas		Pequeños		Mayores	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
EATT_1	7,03	6,51	8,95	8,56	8,32	8,50	7,84	7,31
EAT1_1	3,79	4,32	5,14	5,75	4,87	5,64	4,30	4,90
EAT2_1	,76	1,53	,94	1,81	,92	1,81	,82	1,62
EAT3_1	2,48	2,75	2,86	3,13	2,52	3,02	2,72	2,92
EDI1_1	2,76	3,53	4,38	5,10	4,01	4,89	3,38	4,26
EDI2_1	1,02	2,06	1,01	2,12	1,19	2,22	,95	2,04
EDI3_1	3,55	4,99	6,31	7,26	5,89	6,79	4,53	6,15
EDI4_1	2,65	3,35	3,27	3,92	3,54	4,10	2,74	3,45
EDI5_1	5,50	3,41	4,79	3,15	4,92	3,41	5,24	3,26
EDI6_1	2,95	2,74	2,91	2,76	3,07	2,90	2,88	2,69
EDI7_1	3,53	3,72	3,89	4,32	4,14	4,33	3,55	3,90

EDI8_1	7,65	4,51	7,51	4,43	7,26	4,49	7,70	4,46
EDI1F5	6,71	8,17	11,33	12,45	10,49	11,61	8,41	10,34
EDI2F5	7,94	7,64	7,93	8,27	8,40	8,60	7,77	7,70
EDI3F5	7,52	4,45	7,59	4,29	8,01	4,79	7,39	4,20
EDI4F5	,69	1,64	,56	1,55	,76	1,71	,57	1,56
EDI5F5	6,72	4,10	6,64	4,03	6,34	4,07	6,81	4,06

6.3.4.- Análisis de datos y resultados de Trastornos del Comportamiento Alimentación

6.3.4.1.- Correlaciones

Correlaciones entre los factores del EDI (no se ofrecen valores del EAT26 puesto que los criterios de riesgo se basan en la puntuación total, se establecieron en la baremación de la prueba y es el punto de corte que hemos mantenido). La tabla está compuesta con las correlaciones entre los factores obtenidos en la baremación española original y los datos obtenidos por nosotros. En la parte de arriba de la diagonal, en **negrita** se referencian los datos cuando son los casos de riesgo, de nuestro estudio, derivados al hospital tras la entrevista (n=16), “equiparables” a los casos clínicos de la baremación española, en **letra normal**⁹ (n= 889) y en la parte de abajo de la diagonal, los casos control de nuestro estudio (**negrita**, n=8587) y los de la baremación española (normal, n=205). El valor de la correlación no es muy elevado, porque existen pocos casos y hay por tanto poca variabilidad.

Tablas 6.54.- Correlaciones entre factores del EDI (en **negrita** los datos de Getafe)

Factor	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8
EDI1		,43 ,37	,74++ ,55	,59+ ,41	,39+ ,31	,07 ,18	,19 ,46	,04 ,17
EDI2	,42++ ,45		,51+ ,33	,55+ ,24	,61+ ,11	,22 ,1	,76++ ,37	,36 ,12
EDI3	,71++ ,62	,35++ ,39		,71++ ,42	,26 ,19	,37 ,23	,36 ,39	,22 ,21
EDI4	,47++ ,28	,47++ ,42	,50++ ,29		,33+ ,37	,67++ ,57	,39 ,62	,36 ,52
EDI5	,32++ ,35	,38++ ,21	,17++ ,12	,29++ ,19		,26 ,31	,44 ,41	,37 ,23
EDI6	,29++ ,7	,33++ ,27	,31++ ,12	,54++ ,47	,26++ ,13		,17++ ,45	,54+ ,34
EDI7	,49++ ,51	,57++ ,61	,41++ ,39	,58++ ,56	,46++ ,34	,49++ ,46		,55+ ,37
EDI8	,28++ ,10	,29++ ,13	,21++ ,15	,36++ ,29	,38++ ,15	,38++ ,33	,40++ ,32	

⁹ No se especifica la significación en el manual de baremación española de donde se han extraído los datos

+ Correlaciones significativas al nivel ,05 bilateral

++Correlaciones significativas al nivel ,01 bilateral

Correlaciones entre los factores del EDI y EAT26 tomando como criterio cinco factores (n=12829)

Tabla 6.55.- Correlaciones EAT26 y EDI5F

	EATT_1	EAT1_1	EAT2_1	EAT3_1	EDI1F5	EDI2F5	EDI3F5	EDI4F5	EDI5F5
EATT_1		,900(**)	,616(**)	,680(**)	,625(**)	,526(**)	,110(**)	,242(**)	,164(**)
EAT1_1			,435(**)	,350(**)	,698(**)	,481(**)	,122(**)	,191(**)	,139(**)
EAT2_1				,274(**)	,374(**)	,393(**)	,099(**)	,335(**)	,129(**)
EAT3_1					,195(**)	,305(**)	,016	,106(**)	,111(**)
EDI1F5						,467(**)	,241(**)	,214(**)	,131(**)
EDI2F5							,182(**)	,390(**)	,292(**)
EDI3F5								,085(**)	,155(**)
EDI4F5									,114(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones entre los factores del EDI y EAT26 cuando es caso de riesgo según EAT26 (arriba de la diagonal, n=658) y cuando es caso de riesgo según el EDI (debajo de la diagonal, n=843).

Tabla 6.56.- Correlaciones EAT26 y EDI8F (riesgo según EAT26 y según EDI8F)

Factor	EAT1	EAT2	EAT3	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8
EAT1		,53++	,33++	,57++	,39++	,48++	,49++	,33++	,38++	,41++	,32++
EAT2	,60++		,44++	,28++	,51++	,31++	,51++	,33++	,40++	,43++	,33++
EAT3	,50++	,50++		-,01	,26++	,00	,26++	,31++	,29++	,31++	,28++
EDI1	,71++	,44++	,26++		,49++	,73++	,51++	,39++	,35++	,46++	,36++
EDI2	,42++	,55++	,37++	,40++		,45++	,63++	,60++	,57++	,72++	,54++
EDI3	,47++	,31++	,12++	,64++	,31++		,55++	,29+	,37++	,39++	,31++
EDI4	,44++	,46++	,31++	,43++	,54++	,48++		,54++	,66++	,67++	,53+
EDI5	,32++	,35++	,39++	,26++	,51++	,11++	,40++		,58++	,67++	,62++
EDI6	,23++	,28++	,27++	,17++	,44++	,23++	,56++	,40++		,67++	,59++
EDI7	,44++	,46++	,40++	,38++	,67++	,28++	,57++	,58++	,56++		,63++
EDI8	,23++	,30++	,29++	,22++	,41++	,15++	,35++	,46++	,40++	,44++	

+ Correlaciones significativas al nivel ,05 bilateral

++Correlaciones significativas al nivel ,01 bilateral

Correlaciones entre los factores del EDI y EAT26 cuando es caso de riesgo según EAT26 (arriba de la diagonal, n=1020) y cuando es caso de riesgo según el EDI (debajo de la diagonal, n=906) con cinco factores.

Tabla 6.57.- Correlaciones EAT26 y EDI5F (riesgo según EAT26 y según EDI5F)

	EATT_1	EAT1_1	EAT2_1	EAT3_1	EDI1F5	EDI2F5	EDI3F5	EDI4F5	EDI5F5
EATT_1		,765(**)	,505(**)	,402(**)	,368(**)	,365(**)	,057	,107(**)	,031
EAT1_1	,906(**)		,161(**)	-,152(**)	,564(**)	,277(**)	,046	-,001	-,018
EAT2_1	,674(**)	,477(**)		-,001	,214(**)	,330(**)	,108(**)	,352(**)	,071(*)
EAT3_1	,633(**)	,329(**)	,262(**)		-,297(**)	,044	-,038	-,050	,034

EDI1F5	,518(**)	,642(**)	,325(**)	,015		,337(**)	,188(**)	,117(**)	-,003
EDI2F5	,424(**)	,384(**)	,339(**)	,226(**)	,296(**)		,282(**)	,381(**)	,338(**)
EDI3F5	-,132(**)	-,127(**)	-,097(**)	-,064	-,039	,035		,078(*)	,124(**)
EDI4F5	,063	-,012	,282(**)	-,012	-,030	,152(**)	-,116(**)		,136(**)
EDI5F5	-,062	-,112(**)	-,010	,045	-,205(**)	-,027	-,107(**)	-,107(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Prevalencias de riesgo. Casos de riesgo por factor en EAT26 (>20) y/o en EDI (4 ó más factores en riesgo, criterio de 8 factores y 3 ó más factores según criterio de cinco factores).

Tabla 6.58.- Prevalencia de riesgo según EAT26, EDI8F, EDI5F y caso Total (Caso EDI y/o caso EAT26)

Factor	Frecuencia	Porcentaje	Factor	Frecuencia	Porcentaje
EDI1	1870	14,6	EDI1F5	1843	14,4
EDI2	2253	17,6	EDI2F5	1625	12,7
EDI3	1968	15,3	EDI3F5	1869	14,6
EDI4	1616	12,6	EDI4F5	1560	12,2
EDI5	2443	19	EDI5F5	2104	16,4
EDI6	2107	16,4			
EDI7	1874	14,6			
EDI8	2161	16,8			
CasoEDI	1344	10,5	CasoEDI	906	7,1
CasoEAT	1020	8	CasoEAT	1020	8
Caso total	1826	14,2	Caso total*	1556	12,1

Casos de riesgo desagregados por edad y sexo

Tabla 6.59.- Casos de riesgo según sexo y edad con estructura factorial EDI8F

Factor	Hombre<14		Mujer<14		Hombre>14		Mujer>14	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
EDI1	557	11,7	746	16	263	14,7	304	18,7
EDI2	849	17,8	702	15,1	340	19	362	22,3
EDI3	622	13,1	761	16,4	275	15,3	308	19
EDI4	634	13,3	529	11,4	246	13,7	207	12,8
EDI5	921	19,3	824	17,7	400	22,3	298	18,4
EDI6	760	16	730	15,7	323	18	294	18,1
EDI7	746	15,7	645	13,9	252	14	231	14,2
EDI8	719	15,1	854	18,4	293	16,3	295	18,2
CasoEDI	439	9,2	507	10,9	188	10,5	210	12,9
CasoEAT	279	5,9	429	9,2	73	4,1	239	14,7
Caso total	563	11,8	708	15,2	218	12,2	337	20,8

Tabla 6.60.- Casos de riesgo según sexo y edad con estructura factorial EDI5F

Factor	Hombre<14		Mujer<14		Hombre>14		Mujer>14	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
EDI1	607	12,7	741	15,9	199	11,1	296	18,2
EDI2	601	12,6	575	12,4	230	12,8	219	13,5
EDI3	531	11,1	743	16	343	19,1	252	15,5
EDI4	553	11,6	546	11,7	261	14,5	200	12,3

EDI5	853	17,9	785	16,9	203	11,3	263	16,2
CasoEDI	300	6,3	361	7,8	116	6,5	129	8
CasoEAT	279	5,9	429	9,2	73	4,1	239	14,7
Caso total	471	9,9	621	13,4	162	9	302	18,6

Tabla 6.61.- Casos de riesgo y no riesgo según edad y sexo

	TOTAL	CHICOS	CHICAS	11-12-13	14-15
Caso TOTAL	1826.- 14,2	781.- 11,9	1045.- 16,7	1271.- 13,5	555.- 16,2
No caso TOT.	11003.- 85,8	5777.- 88,1	5226.- 88,3	8142.- 86,5	2861.- 83,8
Total	12829.- 100	6558.- 51,1	6271.- 48,9	9413.- 73,4	3416.- 26,6
Caso EAT	1020.- 8	352.- 5,4	668.- 10,7	708.- 7,5	312.- 9,1
No caso EAT	11809.- 92	6206.- 94,6	5603.- 89,3	8705.- 92,5	3104.- 90,9
Caso EDIT	1344.- 10,5	627.- 9,6	717.- 11,4	946.- 10	398.- 11,7
No Caso EDIT	11485.- 89,5	5931.- 90,4	5554.- 88,6	8467.- 90	3018.- 88,3
Caso EDI1	1870.- 14,6	820.- 12,5	1050.- 16,7	1303.- 13,8	567.- 16,6
No caso EDI1	10959.- 85,4	5738.- 87,5	5221.- 83,3	8110.- 86,2	2849.- 83,4
Caso EDI2	2253.- 17,6	1189.- 18,1	1064.- 17	1551.- 16,5	702.- 20,6
No caso EDI2	10576.- 82,4	5369.- 81,9	5207.- 83	7862.- 83,5	2714.- 79,4
Caso EDI3	1966.- 15,3	897.- 13,7	1069.- 17	1383.- 14,7	583.- 17,1
No caso EDI3	10863.- 84,7	5661.- 86,3	5022.- 83	8030.- 85,3	2833.- 82,9
Caso EDI4	1616.- 12,6	880.- 13,4	736.- 11,7	1163.- 12,4	453.- 13,3
No caso EDI4	11213.- 87,4	5678.- 86,6	5535.- 88,3	8250.- 87,6	2963.- 86,7
Caso EDI5	2443.- 19	1321.- 20,1	1122.- 17,9	1745.- 18,5	698.- 20,4
No caso EDI5	10586.- 81	5237.- 79,9	5149.- 82,1	7668.- 81,5	2718.- 79,6
Caso EDI6	2107.- 16,4	1083.- 16,5	1024.- 16,3	1490.- 15,8	617.- 18,1
No caso EDI6	10722.- 83,6	5475.- 81,5	5247.- 83,7	7923.- 84,2	2799.- 81,9
Caso EDI7	1874.- 14,6	998.- 15,2	876.- 14	1391.- 14,8	483.- 14,1
No caso EDI7	10955.- 85,4	5560.- 84,8	5395.- 86	8022.- 85,2	2933.- 85,9
Caso EDI8	2161.- 16,8	1012.- 15,4	1149.- 18,3	1573.- 16,7	588.- 17,2
No caso EDI8	10668.- 83,2	5546.- 84,6	5122.- 81,7	7840.- 83,3	2828.- 82,8

Estos datos son de casos de riesgo y no riesgo y se han obtenido teniendo en cuenta los datos de corte para cada edad y sexo. En la tabla aparece en primer lugar el número de sujetos y el porcentaje de casos de riesgo y no riesgo que correspondería a las prevalencias.

Tabla 6.62.- Casos de riesgo y no riesgo por edad y sexo

	11-12-13CHICOS	11-12-13CHICAS	14-15CHICOS	14-15CHICAS
Caso TOTAL	563.- 11,8	708.- 15,2	218.- 12,2	337.- 20,8
No caso TOT.	4201.- 88,2	3941.- 84,8	1576.- 87,8	1287.- 79,2
Total	4764.- 50,6	4649.- 49,4	1794.- 52,5	1622.- 47,5
Caso EAT	279.- 5,9	429.- 9,2	73.- 4,1	239.- 14,7
No caso EAT	4485.- 94,1	4220.- 90,8	1721.- 95,9	1383.- 85,3
Caso EDIT	439.- 9,2	507.- 10,9	188.- 10,5	210.- 12,9
No Caso EDIT	4325.- 90,8	4142.- 89,1	1606.- 89,5	1412.- 87,1
Caso EDI1	557.- 11,7	746.- 16	263.- 14,7	304.- 18,7
No caso EDI1	4207.- 88,3	3903.- 84	1531.- 85,3	1318.- 81,3
Caso EDI2	849.- 17,8	702.- 15,1	340.- 19	362.- 22,3
No caso EDI2	3915.- 82,2	3947.- 84,9	1454.- 81	1260.- 77,7
Caso EDI3	622.- 13,1	761.- 16,4	275.- 15,3	308.- 19
No caso EDI3	4142.- 86,9	3888.- 83,6	1519.- 84,7	1314.- 81

Caso EDI4	634.- 13,3	529.- 11,4	246.- 13,7	207.- 12,8
No caso EDI4	4130.- 86,7	4120.- 88,6	1548.- 86,3	1415.- 87,2
Caso EDI5	921.- 19,3	824.- 17,7	400.- 22,3	298.- 18,4
No caso EDI5	3843.- 80,7	3825.- 82,3	1394.- 77,7	1324.- 81,6
Caso EDI6	760.- 16	730.- 15,7	323.- 18	294.- 18,1
No caso EDI6	4004.- 84	3919.- 84,3	1471.- 82	1328.- 81,9
Caso EDI7	746.- 15,7	645.- 13,9	252.- 14	231.- 14,2
No caso EDI7	4018.- 84,3	4004.- 86,1	1542.- 86	1391.- 85,8
Caso EDI8	719.- 15,1	854.- 18,4	293.- 16,3	295.- 18,2
No caso EDI8	4045.- 84,9	3795.- 81,6	1501.- 83,7	1327.- 81,8

Para poder apreciar la importancia relativa de cada factor sobre la determinación de caso (Ser caso en EAT26, ser caso en EDI8F y EDI5F y ser caso total, tanto en 8 como en 5 factores), se ha realizado análisis de regresión logística binaria, al ser las variables dicotómicas con dos valores (0 y 1). Los resultados de agregación de factores, podemos apreciarlos en los siguientes puntos. Al hablar de importancia en ser caso total, debemos incluir conjuntamente los factores del EAT26 y del EDI, pues ambos riesgos hacen el riesgo total.

- Para **caso EAT**, el orden es EAT1, EAT3 y EAT2
- Para **caso EDI8F**, el orden es EDI7, EDI1, EDI4, EDI8, EDI2, EDI5, EDI6 y EDI3
- Para **caso EDI5F**, el orden es EDI2, EDI1, EDI5, EDI4 y EDI3
- Para **caso total8**, el orden es EAT1, EDI7, EDI4, EAT3, EDI2, EDI8, EDI3, EDI5, EDI6, EAT2 y EDI1
- Para **caso total5**, el orden es EAT1, EDI2, EAT3, EDI4, EDI3, EDI5, EDI1 y EAT2

6.3.4.2.- Relaciones con Índice de Masa Corporal (IMC)

Aunque en estudios con adolescentes (, Bersabé et al., 2001) se han utilizado los valores al uso en medicina para valorar el índice de masa corporal (≤ 18 delgadez extrema; $>18 \leq 20$ delgadez moderada; $>20 \leq 25$ Normopeso; $>25 \leq 30$ sobrepeso y >30 obesidad), estos valores son fiables a partir de los 18 años, pero según los puntos de corte que recomienda la International Obesity Task Force (IOTF) habría que hacer una estimación (correspondencia) para los adolescentes y en nuestro caso los datos que utilizaremos para poder asignar un IMC a un grupo u otro, manteniendo los dos primeros grupos para $IMC \leq 17$ delgadez extrema y $IMC >17$ y ≤ 20 delgadez moderada y en los dos siguientes intervalos utilizaremos los valores resultantes de la aplicación de los de la tabla siguiente, manteniendo igualmente >30 como obesidad:

Tabla 6.63.- Correspondencia IMC (intervalos $>20 \leq 25$ y $>25 \leq 30$) con edad menor de 18 años

	Chicas IMC $>20 \leq 25$	Chicos IMC $>20 \leq 25$	Chicas IMC $>25 \leq 30$	Chicos IMC $>25 \leq 30$
12 años	21,68	21,22	26,67	26,02
13 años	22,58	21,91	27,76	26,84
14 años	23,34	22,62	28,57	27,63

15 años	23,94	25,29	29,11	28,30
16 años	24,37	23,90	29,43	28,88

En nuestros datos los pesos y la altura son los que informan los adolescentes, pues no tenemos recursos para medir y pesar a todos (en torno a 1200 adolescentes cada curso), aun así creemos que los datos son aproximativos y suficientemente orientativos, aunque si se quiere, se puede desconfiar de su fiabilidad. Para nuestro trabajo en la explicación a los padres nos resulta muy útil.

Tabla 6.64.- Frecuencias y porcentajes de chicos según intervalos de IMC, por sexo y edad

	Chicos		Chicas		Pequeños		Mayores	
	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje
IMC ≤17*	2260	38,7	2311	41,9	3681	44,0	890	29,8
>18 IMC ≤20	1470	25,2	1427	25,9	2096	25,1	801	26,9
>20 IMC ≤25	869	14,9	1045	19,0	1094	13,1	820	27,5
<25 IMC ≤30	1061	18,2	608	11,0	1271	15,2	398	13,3
IMC>30	179	3,1	118	2,1	224	2,7	73	2,4

*No ajustado a los datos antropométricos de la edad

Según los datos de las distintas edades en el análisis longitudinal:

Tabla 6.65.- Coincidencias en IMC1 y IMC2

			imcrec2					Total
			IMC ≤17	>18 IMC ≤20	>20 IMC ≤25	<25 IMC ≤30	IMC>30	
imcrec1	IMC ≤17*	Recuento	78	81	47	7	0	213
		% de imcrec1	36,6	38,0	22,1	3,3	,0	100,0
		% de imcrec2	73,6	50,9	27,6	12,1	,0	42,6
		% del total	15,6	16,2	9,4	1,4	,0	42,6
	>18 IMC ≤20	Recuento	17	52	50	6	0	125
		% de imcrec1	13,6	41,6	40,0	4,8	,0	100,0
		% de imcrec2	16,0	32,7	29,4	10,3	,0	25,0
		% del total	3,4	10,4	10,0	1,2	,0	25,0
	>20 IMC ≤25	Recuento	5	16	33	10	0	64
		% de imcrec1	7,8	25,0	51,6	15,6	,0	100,0
		% de imcrec2	4,7	10,1	19,4	17,2	,0	12,8
		% del total	1,0	3,2	6,6	2,0	,0	12,8
	<25 IMC ≤30	Recuento	6	10	37	30	6	89
		% de imcrec1	6,7	11,2	41,6	33,7	6,7	100,0
		% de imcrec2	5,7	6,3	21,8	51,7	85,7	17,8
		% del total	1,2	2,0	7,4	6,0	1,2	17,8
	IMC>30	Recuento	0	0	3	5	1	9
		% de imcrec1	,0	,0	33,3	55,6	11,1	100,0
		% de imcrec2	,0	,0	1,8	8,6	14,3	1,8
		% del total	,0	,0	,6	1,0	,2	1,8
Total		Recuento	106	159	170	58	7	500
		% de imcrec1	21,2	31,8	34,0	11,6	1,4	100,0
		% de imcrec2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	% del total	21,2	31,8	34,0	11,6	1,4	100,0
--	-------------	------	------	------	------	-----	-------

*No ajustado a los datos antropométricos de la edad

Tabla 6.66.- Medidas direccionales. D de Somers

		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
d de Somers	Simétrica	,444	,033	13,051	,000
	IMC1 dependiente	,438	,032	13,051	,000
	IMC2 dependiente	,449	,034	13,051	,000

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 6.67.- Medidas Simétricas. Kappa de Cohen

	Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada(b)	Sig. aproximada
Kappa	,201	,027	8,599	,000

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 6.68.- Modificaciones en el IMC según cambios en la edad (paso de dos años)

	IMC ≤17	>18 IMC ≤20	>20 IMC ≤25	<25 IMC ≤30	IMC>30
IMC EDAD1	42,6	25,7	12,5	17,5	1,7
IMC EDAD2	21,4	31,5	33,8	11,9	1,3

El porcentaje elevado de sujetos por debajo de IMC 17, que sería el criterio diagnóstico para determinar que es caso de TCA, no está ajustado a los datos antropométricos de la edad, pues habría que ajustar estos datos a las tablas, pero lo he querido mantener por la posible comparación con otros estudios (Rivas, Bersabé y Castro, 2001) en los que los cortes de puntuación utilizados para determinar el riesgo en IMC son los que se expresan en la tabla. En nuestros datos la reconversión a los cinco intervalos de valores, se ha realizado teniendo en cuenta la edad y el sexo, según se indica en la tabla 6.60.

Tabla 6.69.- Evolución de IMC entre edad1 y edad2

	Frecuencia	Porcentaje
Mantiene IMC ≤17 (delgadez)	78	15,6
Mantiene IMC ≥25 (sobrepeso)	42	8,4
Pasa a IMC ≥25(sobrepeso/obesidad)	23	4,6
Pasa a IMC ≤17 (delgadez)	11	2,2

Correlaciones entre el IMC y los factores de EAT26 y EDI8F

Tabla 6.70.- Evolución de IMC entre edad1 y edad2

	EAT1	EAT2	EAT3	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8	
IMC	,12**	,21**	,03**	-,07**	,28**	,06**	,34**	,11**	,03**	,06**	,08**	,04**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.3.4.3.- Análisis de datos en estudio longitudinal (dos años). Factores.

Tabla 6.71.- Correlaciones EATTTotal, EDI8F y EDI5F y según edad1 edad2 N=552

	Correlación	Sig.		Correlación	Sig.
EATT1 y EATT2	,312	,000	EATT5 y EATT52	,312	,000
EDI1 y EDI12	,406	,000	EDI1F5 y EDI1F52	,533	,000
EDI2 y EDI22	,341	,000	EDI2F5 y EDI2F52	,415	,000
EDI3 y EDI32	,565	,000	EDI3F5 y EDI3F52	,260	,000
EDI4 y EDI42	,424	,000	EDI4F5 y EDI4F52	,403	,000
EDI5 y EDI52	,341	,000	EDI5F5 y EDI5F52	,188	,000
EDI6 y EDI62	,286	,000			
EDI7 y EDI72	,243	,000			
EDI8 y EDI82	,226	,000			

Tabla 6.72.- Diferencia de medias y tamaño del efecto en ETATotal, EDI8F y EDI5F según edad1 y edad2

	t	gl (551)	Sig.	t. efecto*		t	gl (551)	Sig.	t. efecto*
EATT1 - EATT2	3,986	,000	,10		EATT1 - EATT2	3,986	,000	,10	
EDI1 - EDI12	1,487	,138	,06		EDI1 - EDI12	,542	,588	,02	
EDI2 - EDI22	1,380	,168	,06		EDI2 - EDI22	4,622	,000	,20	
EDI3 - EDI32	-,975	,330	,03		EDI3 - EDI32	4,296	,000	,22	
EDI4 - EDI42	2,721	,007	,12		EDI4 - EDI42	-,807	,420	,04	
EDI5 - EDI52	3,229	,001	,15		EDI5 - EDI52	8,205	,000	,44	
EDI6 - EDI62	5,196	,000	,26						
EDI7 - EDI72	4,795	,000	,24						
EDI8 - EDI82	7,748	,000	,40						

*Obtenido con G*Power 3.1

No se producen diferencias significativas, en el paso de dos años, en los factores que son de alimentación, si hay en los que son de adolescencia, independientemente de la estructura de factorización que usemos.

Tabla 6.73.- Correlación entre factores al paso de 2 y 4 años

FACTOR	PASAN DOS AÑOS N=386	PASAN CUATRO AÑOS N= 282
EATTOTAL	.406	.280
EAT1	.463	.328
EAT2	.198	.128
EAT3	.362	.049
EDI1	.470	.404
EDI2	.433	.058
EDI3	.573	.522
EDI4	.505	.035
EDI5	.366	.356
EDI6	.406	.077
EDI7	.371	.190
EDI8	.286	.214

Medias y punto de corte en cada periodo de tiempo en que hay medidas repetidas en los mismos sujetos. Queda patente las diferencias existentes si no se tuviera en cuenta la edad y el sexo en la valoración de los riesgos.

Tabla 6.74.- Medias y puntos de corte según distintos años

	Total (8586) Med y corte	98-01 (386) Med y corte	08-12 (60) Med y corte	03-07 (106) Med y corte	03-12 TOTAL DE RETEST (166) Med y corte	98-03-08 total (552) Med y corte
EATT1 ≤ 13a	7.96/17	7.23/15	7.03/16	9.90/18	8.86/18	7.72/16
EATT2 ≥ 14a	7.52/16	6.56/14	6.42/14	5.06/10	5.55/12	6.26/13
EAT1	4.17/10	3.78/9	3.90/10	5.68/12	5.04/11	4.16/9
EAT12	4.15/9	3.69/9	3.67/9	2.74/7	3.07/7	3.51/9
EAT2	.99/3	.92/3	1.18/3	.86/3	.98/3	.94/3
EAT22	.93/3	.75/3	.62/2	.39/2	.47/2	.66/3
EAT3	2.79/6	2.52/6	1.95/5	3.36/6	2.85/6	2.62/6
EAT32	2.44/5	2.12/5	2.13/4	1.93/4	2.01/4	2.09/5
EDI1	3.03/7	3.37/8	2.67/8	3.83/9	3.41/8	3.38/8
EDI12	3.08/7	3.27/8	2.75/8	2.53/7	2.61/7	3.07/8
EDI2	1.06/4	.98/3	1.42/3	.98/3	1.14/3	1.03/3
EDI22	1.10/3	1.00/3	.78/3	.58/3	.66/3	.90/3
EDI3	4.51/11	5.61/13	1.68/6	5.76/13	4.29/11	5.22/12
EDI32	5.20/11	6.20/13	3.25/9	4.14/10	3.82/10	5.48/12
EDI4	2.63/7	3.12/7	1.77/5	2.93/6	2.36/5	2.89/7
EDI42	2.66/7	2.89/7	1.35/4	1.13/3	1.36/3	2.43/6
EDI5	4.81/7	4.74/8	5/8	4.53/8	4.70/8	4.72/8
EDI52	4.16/7	4.12/7	4.92/8	4.14/7	4.42/7	4.21/7
EDI6	2.55/6	3.14/6	.92/3	2.70/6	2.05/5	2.81/6
EDI62	2.8/6	2.20/5	2.42/5	1.65/4	1.93/5	2.12/5
EDI7	3.57/9	3.43/4	2.70/7	3.72/8	3.35/7	3.40/7
EDI72	3.40/7	2.81/7	2.32/6	1.59/4	1.86/5	2.53/6
EDI8	6.64/12	7.16/11	4.63/10	7.30/12	6.34/11	6.91/11
EDI82	5.13/9	5.11/9	6.48/12	4.78/9	5.40/9	5.20/9

T y significación en distintos cursos en los que hay medición en las mismas muestras (el negativo se debe a que la media siempre es mayor en el primer año que en el segundo).

Tabla 6.75.- Valor de (t) y significación según distintos años

	98-01 (386)		08-12 (60)		03-07 (106)		03-12 TOTAL DE RETEST (166)		98-03-08 total (552)	
EATT1-EATT2	1.665	.097	.412	.682	5.87	.000	4.31	.000	3.98	.000
EAT1-EAT12	.360	.719	.219	.827	5.70	.000	3.81	.000	2.72	.007
EAT2-EAT22	1.615	.107	1.170	.082	2.62	.010	3.11	.002	3.03	.003
EAT3-EAT32	2.589	.010	-.389	.704	4.05	.000	2.97	.004	3.84	.000
EDI1-EDI12	.433	.666	-.091	.928	3.15	.002	1.88	.061	1.48	.138
EDI2-EDI22	-.136	.892	1.839	.071	1.93	.056	2.67	.008	1.38	.168
EDI3-EDI32	-1.736	.083	-1.766	.083	3.23	.002	1.00	.316	-.975	.330
EDI4-EDI42	1.139	.255	-.773	.443	5.36	.000	3.32	.001	2.72	.007
EDI5- EDI52	3.276	.001	.14	.887	1.17	.244	.930	.354	3.22	.001
EDI6- EDI62	6.427	.000	-3.067	.003	3.35	.001	.448	.655	5.19	.000

EDI7 – EDI72	2.925	.004	.552	.583	5.35	.000	4.136	.000	4.79	.000
EDI8- EDI82	8.292	.000	-2.26	.028	5.21	.000	2.06	.041	7.74	.000

6.3.4.4.- Regresión de variables de TCA sobre factores de estilos educativos

Datos de regresión para predecir el riesgo en TCA a través del EAT-26 (semidiagnóstico) desde los cinco factores del EDI (orientativo). El método utilizado ha sido el de regresión jerárquica con el método introducir.

Un modelo con los cinco factores es significativo ($F(5,1800)=435.52, p<.001$).

Tabla 6.76.- Modelo de predicción de EAT-26 a través de EDI(5)

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,740 ^a	,547	,546	11,33533

Tabla 6.77.- Coeficientes de factores de regresión (EAT-26-EDI)

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	51,615	2,967		17,397	,000
	edi1	,263	,065	,075	4,048	,000
	edi2	,280	,050	,096	5,608	,000
	edi4	,326	,037	,173	8,825	,000
	edi3	,538	,017	,633	32,391	,000
	edi5	,247	,030	,149	8,161	,000

a. Variable dependiente: eattotal

Tabla 6.78.- Predicción de factores EDI a través de Estilos Educativos (solo significativos)

	Variable Sign.	B	ET. B	Beta
EDI1 F(10,2076)=3,94 p<,001 R²=,019 ΔR²=,014	ENEM2	-,004	,001	-,078
	ENEM3	,006	,002	,063
	ENEP1	,005	,002	,071
EDI2 F(10,2076)=5,13 p<,001 R²=,024 ΔR²=,011	EAP2	-,010	,003	-,111
	ENEM2	-,004	,001	-,083
	ENEP1	,005	,002	,066
EDI3 F(10,2076)=4,21 p<,001 R²=,020 ΔR²=,015	EAM1	,005	,002	,055
	EAP2	-,007	,003	-,086
EDI4 F(10,2076)=4,22 p<,001 R²=,020 ΔR²=,015	EAM2	-,006	,002	-,074
	ENEP2	-,003	,001	-,062
EDI5	ENEM2	-,007	,002	-,112

F(10,2076)=4,42 p<,001 R ² =,021 ΔR ² =,016				
EDI6 F(10,2076)=2,45 p<,01 R ² =,012 ΔR ² =,007	ENEM2	-,003	,001	-,061
EDI7 F(10,2076)=6,89 p<,001 R ² =,032 ΔR ² =,027	EAM2	-,007	,003	-,080
	ENEM2	-,003	,001	-,065
	ENEP2	-,004	,001	-,068
EDI8 F(10,2076)=4,66 p<,001 R ² =,022 ΔR ² =,017	EAM1	,006	,003	,061
	EAP2	-,007	,003	-,070
	ENEM1	-,007	,003	-,074
	ENEP2	-,003	,002	-,055
EDITOTAL F(10,2076)=6,58 p<,001 R ² =,031 ΔR ² =,026	EAP2	-,007	,002	-,096
	ENEM2	-,004	,001	-,089
EATTOTAL F(10,2076)=3,18 p<,001 R ² =,015 ΔR ² =,010	EAP2	-,004	,002	-,064
	ENEM2	-,002	,001	-,054
	ENEP3	-,004	,002	-,052
CASOTAL F(10,2076)=5,81 p<,001 R ² =,027 ΔR ² =,023	EAM1	,006	,002	,064
	EAP2	-,007	,003	-,083
	ENEM2	-,004	,001	-,081

Aunque las relaciones de los factores del EDI en riesgo y los factores de Estilos Educativos no son muy elevadas, son de interés (a riesgo de ser pesado) para el trabajo en los talleres. Los dos factores que más relación tienen con los riesgos en TCA, a través del EAT26 o del EDI, son el factor de Crítica, de la primera escala, cuando lo expresa el padre y el factor de Autoritarismo, de la segunda escala, presente en cinco factores, cuando lo expresa la madre. También una puntuación baja en el factor de Afecto de la primera escala expresado por la madre correlaciona con ser caso de riesgo y con la situación de riesgo en dos factores importantes del EDI (Miedo a Madurar e Insatisfacción Corporal, tal vez los dos claves en la dimensión alimentación y adolescencia del EDI).

Tomando como variable dependiente la puntuación total del EAT-26 (puntuación para determinar el riesgo >20 puntos), los datos que arroja la regresión de factores (regresión jerárquica con el método paso a paso) de Estilos Educativos sobre esta puntuación semi-diagnóstica, nos indican los siguientes resultados.

Las variables que se han tomado en consideración, son el sexo, la edad y los factores de las dos escalas del cuestionario (Afecto y Normas).

Tabla 6.79.- Modelos de predicción de EAT-26 a través de Estilos Educativos

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,164 ^a	,027	,026	16,68384
2	,199 ^b	,040	,038	16,58291
3	,260 ^c	,068	,065	16,34655

4	,298 ^d	,089	,085	16,16649
5	,301 ^e	,091	,086	16,15979

a. Predictores: (Constante), EDAD EDAD, SEXO SEXO

b. Predictores: (Constante), EDAD EDAD, SEXO SEXO, HIJOMADREAFECTO, HIJOPADREAFECTO

c. Predictores: (Constante), EDAD EDAD, SEXO SEXO, HIJOMADREAFECTO, HIJOPADREAFECTO, HIJOMADRENORMAS, HIJOPADRENORMAS

d. Predictores: (Constante), EDAD EDAD, SEXO SEXO, HIJOMADREAFECTO, HIJOPADREAFECTO, HIJOMADRECRÍTICA, HIJOPADRECRÍTICA, AUTORITARIOHIJOPADRE, AUTORITARIOHIJOMADRE

e. Predictores: (Constante), EDAD EDAD, SEXO SEXO, HIJOMADREAFECTO, HIJOPADREAFECTO, HIJOMADRECRÍTICA, HIJOPADRECRÍTICA, AUTORITARIOHIJOPADRE, AUTORITARIOHIJOMADRE, AUTORITARIOPADREHIJO, AUTORITARIOPADREHIJO

Estos cinco modelos son posibles y significativos en ANOVA con $p < .001$ y con valores de F respectivamente 28.77, 21.42, 25.13, 25.34 y 20.66 para 2, 4, 6, 8, y 10 grados de libertad.

El incremento del quinto modelo sobre el cuarto, no resulta significativo en el cambio en F y por tanto nos quedamos con el modelo cuatro para explicar, desde los Estilos Educativos, una posible predicción de riesgo en TCA a través del EAT-26, con los datos siguientes, resultando no significativas las variables edad y crítica expresada por el padre a los hijos.

Tabla 6.80.- Coeficientes de factores de regresión (EAT-26-Estilos Educativos)

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
4	(Constante)	172,651	8,117		21,270	,000
	SEXO SEXO	-5,349	,716	-,158	-7,473	,000
	EDAD EDAD	-,266	,529	-,011	-,503	,615
	HIJOMADREAFECTO	-,193	,082	-,074	-2,363	,018
	HIJOPADREAFECTO	,148	,067	,071	2,199	,028
	HIJOMADRECRÍTICA	-,374	,108	-,126	-3,463	,001
	HIJOPADRECRÍTICA	-,026	,103	-,009	-,253	,801
	AUTORITARISMOHIJOMADRE	-,192	,087	-,084	-2,208	,027
	AUTORITARISMOHIJOPADRE	-,210	,089	-,089	-2,356	,019

a. Variable dependiente: cattotal

6.3.4.5.- Otras relaciones de interés: Autoconcepto e Imagen Corporal

De los datos que completan el cuestionario del Programa Preventivo, rescatamos un factor que tiene que ver con el auto concepto personal y emocional, la relación entre este factor y los factores del EAT26 y del EDI, se dan de la siguiente forma:

Tabla 6.81.- Correlaciones entre factores de EAT26 y EDI8F y EDI5F y Auto concepto personal y emocional

		EAT1_1	EAT2_1	EAT3_1	EAT4_1
AUTPEREMO11	Correlación de Pearson	,125(**)	,130(**)	,102(**)	,044(*)

		EDI1_1	EDI2_1	EDI3_1	EDI4_1	EDI5_1	EDI6_1	EDI7_1	EDI8_1
AUTPEREMO11	Pearson	,152(**)	,135(**)	,195(**)	,276(**)	,065(**)	,221(**)	,214(**)	,107(**)

		EDI1F5	EDI2F5	EDI3F5	EDI4F5	EDI5F5
AUTPEREMO11	Correlación de Pearson	,191(**)	,208(**)	,247(**)	,117(**)	,098(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

N=2087

A pesar de ser conscientes de la relación importante del auto concepto con la autoestima y problemáticas personales, los datos, aunque son significativos, no nos ofrecen unas relaciones claras para conjeturar acciones basándonos en ellas.

Para completar la información y porque expresamente se trabajó sobre esa variable, en uno de los cursos se obtuvieron datos sobre la Imagen Corporal. Como siempre, porque posteriormente se trabaja con profesores-tutores y padres, damos prioridad a la utilidad de los datos y no tanto al uso de un cuestionario específico, de esta forma, para esta ocasión se construyó un cuestionario-auto informe con ítems de distintas escalas, cuidando que los ítems ya estuvieran validados y experimentados, en algunos hubo que traducirlos, pues no existía traducción castellana. Quedó de la manera en que aparece en el Anexo y aquí ofreceremos algunos datos de interés de relaciones entre los de TCA y de Imagen Corporal.

Tabla 6.82.- Descriptivos de edad y sexo

		edad recodificada		Total	Porcentaje
		menores de 14	mayores de 14		
Sexo	Hombre	128	52	180	45,5
	Mujer	142	74	216	54,5
Total		270	126	396	
Porcentaje		68,2	31,8		100

Tabla 6.83.- Descriptivos de Items de cuestionario de Imagen Corporal

	Media	Desv. típ.	Asimetría*	Curtosis**
frecuencia habla del físico en casa	3,58	1,168	-,770	-,118
frecuencia habla del físico entre amigos	4,12	1,103	-1,312	1,087
Tv es una fuente sobre moda	2,99	1,051	,010	-,128
comparo mi cuerpo con personas de TV	4,06	1,137	-,971	-,048
anuncios son una fuente de moda	3,22	1,135	-,068	-,598
me gustaría que mi cuerpo fuese como modelos	3,67	1,269	-,586	-,717

siento presión de TV y revistas por adelgazar	4,45	,869	-1,722	2,752
quiero parecerme a modelos musicales	3,76	1,205	-,655	-,479
comparo mi físico con la gente en forma	3,61	1,187	-,423	-,739
famosos son fuente sobre moda	3,47	1,208	-,248	-,853
comparar mi físico para saber si estoy gordo	4,18	1,074	-1,257	,800
en fiestas me comparo con otros físicamente	3,93	1,187	-,877	-,244
se ríen de mí por estar gordo	1,30	,683	2,515	6,159
la gente hace chistes sobre gordos	2,76	1,129	,058	-,470
me llaman gordo	1,30	,695	2,523	6,364
me salto comidas	1,80	,963	1,171	1,071
como para sentirme mejor	1,58	,953	1,960	3,738
busco dietas para mejorar mi físico	1,72	,988	1,392	1,558
no me gusta mi apariencia	1,97	1,151	1,060	,274
me creo menos atractivo que el resto	2,00	1,108	1,026	,453
no voy a fiestas cuando me creo feo	1,52	,932	2,006	3,653
soy infeliz por mi peso actual	1,64	1,027	1,658	2,123

N= 396 *Error típico = 0,123 **Error típico = 0,245

El estadístico KMO tiene un valor de 0,886 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 2886,77, los g.l. son 231 y la significación es superior a 0,01.

Tabla 6.84- Estructura Factorial Imagen Corporal Matriz de configuración.

	Factor	
	1	2
Se ríen de mí por estar gordo	,839	-,211
Me llaman gordo	,796	-,171
Soy infeliz por mi peso actual	,738	,047
Me creo menos atractivo que el resto	,662	-,026
Busco dietas para mejorar mi físico	,613	,028
No me gusta mi apariencia	,565	,066
No voy a fiestas cuando me creo feo	,435	,137
Como para sentirme mejor	,303	,017
Me salto comidas	,302	,112
Quiero parecerme a modelos musicales	,142	,675
La TV es una fuente sobre moda	-,210	,666
Los anuncios son una fuente de moda	-,243	,662
Los famosos son fuente sobre moda	-,122	,661
Me gustaría que mi cuerpo fuese como modelos	,144	,596
Comparo mi cuerpo con personas de TV	,192	,594
Comparo mi físico con la gente en forma	,093	,570
En fiestas me comparo con otros físicamente	,297	,444
Siento presión de TV y revistas por adelgazar	,222	,415
Comparar mi físico para saber si estoy gordo	,190	,390
La gente hace chistes sobre gordos	,076	,304
Auto valores	6,55	2,07
Porcentaje de varianza	29,89	7,48

Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	,573

2	,573	1,000
---	------	-------

Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Se han obtenido dos factores, a pesar de que el gráfico de sedimentación indica la existencia de tres, pero la estructura factorial con tres e incluso con cuatro factores no se ajustaba bien. Por tanto, decidimos utilizar estos dos factores que, por su contenido, podríamos llamar:

- Factor 1.- Imagen Corporal personal/percibida
- Factor 2.- Imagen Corporal social/comparada

Muchos más datos de la relación existente entre estos dos factores de la Imagen Corporal, con los factores del EAT26, EDI(8y5F) y con los casos de riesgo, desagregados por edad, sexo e Índice de Masa Corporal, pueden verse en el Anexo. En las siguientes tablas, pueden valorarse las correlaciones y la tendencia entre los factores en la muestra global.

Tabla 6.85.- Correlaciones IC con EAT26

TOTAL (396) Correlaciones

	EAT1	EAT2	EAT3	EAT4
ICPER	,529(**)	,542(**)	,429(**)	,171(**)
ICSOC	,377(**)	,379(**)	,263(**)	,158(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 6.86.- Correlación IC con EDI8F

TOTAL (396) Correlaciones

	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8
ICPER	,586(**)	,353(**)	,583(**)	,475(**)	,126(*)	,188(**)	,370(**)	,233(**)
ICSOC	,448(**)	,233(**)	,401(**)	,226(**)	,132(**)	,013	,219(**)	,132(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 6.87.- Correlación IC con EDI5F

TOTAL (396) Correlaciones

	EDI1F5	EDI2F5	EDI3F5	EDI4F5	EDI5F5
ICPER	,635(**)	,418(**)	,179(**)	,200(**)	,212(**)
ICSOC	,456(**)	,263(**)	,036	,124(*)	,099(*)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 6.88.- Correlación IC con casos de riesgo

TOTAL (396) Correlaciones

	Casoat	CASOV8	Caso8	casoAUTPEREMO	CASOV5	Caso5
ICPER	,333(**)	,426(**)	,265(**)	,112(*)	,418(**)	,446(**)
ICSOC	,225(**)	,178(**)	,136(**)	-,042	,152(**)	,233(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Puede apreciarse que las correlaciones más elevadas, se dan entre la imagen corporal, sobre todo en su aspecto más personal y con los factores más claramente relacionados con la alimentación como el EAT1 y EAT2 y EDI1, EDI2 y EDI3.

6.4.- Cuestionario de obtención de datos. Auto y Heteropercepción en la Adolescencia

“Pero yo, a lo mejor, soy un egoísta, y yo creo que no y para mí es que no y para vosotros es que si, pero yo creo que no, pero como yo creo que no, para mí es lo que vale, no lo que pienses tu”
(Héctor 15 años)

de hecho, lo que importa no es lo que le digamos, sino lo que él percibe que le decimos, hasta que esto lo entienden los padres, repiten estrategias que no les funcionan para producir el cambio de comportamiento que desean.

Una de las variables de importancia en el cambio de actitud es el conocimiento de la realidad donde se mueven las personas, de su entorno y de ellos mismos. Cuanto más cerca está la percepción del adolescente y de su familia al cambio que se quiere establecer, más fácil resulta conseguir ese cambio y lo que es más importante, si se cambia la forma de ver, la percepción, que los padres tienen de la adolescencia y de su hijo, se consiguen cambios en el comportamiento más fácilmente. A veces solo con una información bien estructurada y tendente a ese cambio de actitud, hace que las familias valoren de forma distinta no solo a su hijo, sino a los adolescentes en general y esto hace que consigan la dosis de paciencia y cambio en la comunicación que precisan para realizar esos pequeños cambios iniciales necesarios para acometer cambios posteriores, sobre todo en sinceridad y confianza, piezas claves para la consecución de la autonomía que el adolescente precisa.

Para poder hacer una comparación entre las variables que estamos estudiando (TCA, Auto concepto, Estilo Educativo y otras de interés) y la autopercepción de los adolescentes y la percepción que de ellos y de los adolescentes en general tienen sus familias (heteropercepción), se ha realizado un análisis factorial de los ítems de una base de datos (Bdatos1) procedente del cuestionario sobre adolescencia (204 ítems), contamos con 5.144 registros de adolescentes y de sus familias. Puesto que los ítems son dicotómicos y se trata de matrices de correlaciones tetracóricas, se ha realizado el Análisis Factorial (rotación Varimax) con el paquete estadístico FACTOR.10.WIN64 de Urbano Lorenzo-Seva y Pere J. Ferrando de la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona.

6.4.1.- Descriptivos de población

Los datos descriptivos para este caso son

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	2192	42,6
Mujer	2952	57,4
Total	5144	100,0



Figura 6.9.- Distribución por sexo

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
12	554	10,8
13	918	17,8
14	891	17,3
15	887	17,2
16	865	16,8
17	656	12,8
18	287	5,6
19	64	1,2
20	22	,6
Total	5144	100,0

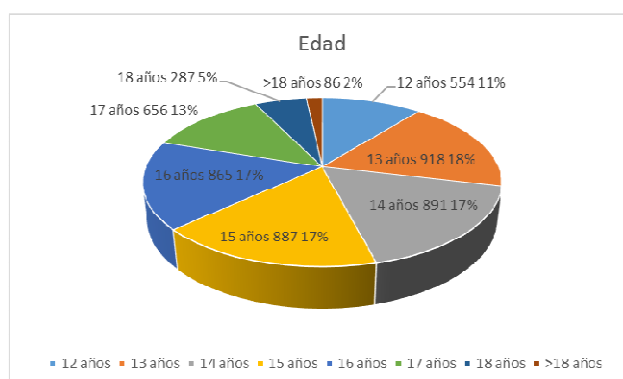
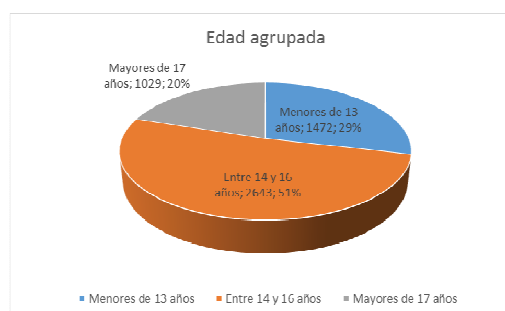


Figura 6.10 y 6.11.- Distribución por edad y edad agrupada

Edad reconvertida		
	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 13 a.	1472	28,6
Entre 14 y 16 a.	2643	51,4
Mayores de 17 a.	1029	20
Total	5144	100,0



Este trabajo se realizó en distintas ciudades del cinturón de Madrid y en todos los niveles educativos, de ahí que aparezcan edades superiores a los 16 años. Para el análisis factorial, he creído conveniente seguir manteniendo estas edades, pues se hará la comparación con los datos de los padres en esta base de datos.

También se han obtenido factores de auto y heteropercepción en otra base de datos (Bdatos2 con 143 ítems) que contaba, además, con factores de TCA y de Estilo Educativo, para poder comparar. En este caso, los datos descriptivos son distintos y dos variables estudiadas en la anterior, no se incluyeron (Mis padres creen que soy.... y Los adolescentes y jóvenes piensan que su padre y madre son....)

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	242	50,2
Mujer	240	49,8
Total	482	100,0



Figura 6.12.- Distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
12	21	4,4
13	359	74,5
14	75	15,6
15	27	5,6
Total	482	100,0

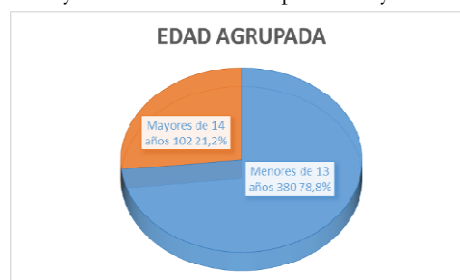
Edad



Figura 6.13 y 6.14.- Distribución por edad y edad agrupada

Edad reconvertida

	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 13 a.	380	78,8
Mayores de 14 a.	102	21,2
Total	482	100,0



Con este cuestionario, que es parte de la estrategia del Programa Preventivo y de Salud con Adolescentes, confeccionado por el Servicio Educativo Comunitario de la Delegación de Educación del Ayuntamiento de Getafe, se obtiene información de los chicos y chicas (qué opinan sobre los adolescentes en general, sobre ellos mismos y sobre lo que creen que sus padres opinan de ellos) a través de la respuesta a una serie de tópicos extraídos de manuales, libros de divulgación, taxonomías y artículos sobre los adolescentes. Igualmente a los padres se les pregunta sobre la percepción que tienen de sus hijos, de los adolescentes en general y sobre lo que ellos creen que piensan sus hijos. Solo se da cuenta de los ítems que formarían las escalas de Auto y Heteropercepción, aunque el cuestionario es bastante más amplio.

Los ítems de los adolescentes son:

- Para conseguir saber qué opinión tienen de sí mismos, Autopercepción (**Creo que soy**).- Egoísta, Responsable, Consumista, Sincero/a, Rebelde (desobediente), Comunicativo/a, Exigente, Tolerante, Inconformista e Impaciente.
- Los mismos ítems se han utilizado para obtener la percepción de los Adolescentes en general vista por los propios chicos/as (**Creo que los adolescentes son**).
- Respecto a la heteropercepción o percepción que creen que sus padres tienen sobre él/ella (**Mis padres creen que soy**).- Egoísta, Sociable, Amigable, Responsable, Respetuoso/a, Consumista, Perezoso/a, Sincero/a, Rebelde (desobediente), Comunicativo/a, Crítico/a, Solidario/a, Exigente, Sensible, Trabajador/a, Tolerante, Sensato, Inteligente, Autoritario/a, Impaciente y Buen/a estudiante.

Los ítems de los padres son:

- Para conocer qué opinión tienen sobre sus hijos (**Mi hijo/a es**).- Egoísta, Sociable, Responsable, Consumista, Perezoso/a, Sincero/a, Rebelde (desobediente), Comunicativo/a, Exigente, Tolerante, Sensato/a, Inteligente, Impaciente y Buen/a estudiante.
- Para saber lo que los padres opinan sobre los adolescentes (**Por lo general, los padres y los adultos creen que los adolescentes/jóvenes son**) se han ofrecido las mismas opciones anteriores.

De cada una de las variables, se han obtenido dos factores que respondían a visión positiva y visión negativa, por hacer más fácil el análisis y las posibles interpretaciones. Se acompaña el porcentaje de riesgo obtenido en cada factor en su base de datos correspondiente. Recuérdese que en una de ellas hay dos variables que no se han introducido (Bdatos2. Mis padres creen que soy... y Los adolescentes y jóvenes piensan que su padre y madre son...)

6.4.2.- Datos de los cuestionarios

Dado que no son muy extensos, ofrezco aquí los resultados de este Análisis Factorial:

Tabla 6.89.- Estructura factorial autopercepción Adolescencia (Soy...)

Creo que soy (Autopercepción vista por el chico/a)

Ítems	Factor1 CHAUTOPERNEG	Factor2 CHAUTOPERPOS
1 Egoísta	0,250	
2 Responsable		0,402
3 Consumista	0,542	
4 Sincero/a		0,842
5 Rebelde (desobediente)	0,434	
6 Comunicativo/a		0,502
7 Exigente	0,892	
8 Tolerante		0,311
9 Inconformista	0,581	
10 Impaciente	0,519	
Auto valores	2,925	1,648
Porcentaje de varianza	0,29251	0,16483
Riesgos en Bdatos1	31%	24,2%
Riesgos en Bdatos2	20,3%	67,6%
Fiabilidad en Bdatos1	Alfa = 0,32	
Fiabilidad en Bdatos2	Alfa = 0,34	

Tabla 6.90.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (Son...)

Creo que los adolescentes son (Heteropercepción vista por el chico/a)

Ítems	Factor1 CHPERADOPOS	Factor2 CHPERADONEG
1 Egoísta		0,817
2 Responsable	0,423	
3 Consumista		0,577
4 Sincero/a	0,284	
5 Rebelde (desobediente)	-0,461	
6 Comunicativo/a	0,704	
7 Exigente		0,926
8 Tolerante	0,831	
9 Inconformista		0,326
10 Inconformista	-0,480	
Auto valores	4,468	1,264
Porcentaje de varianza	0,40624	0,11494
Riesgos en Bdatos1	45,1%	17,2%
Riesgos en Bdatos2	22,4%	36,1%
Fiabilidad en Bdatos1	Alfa = 0,10	
Fiabilidad en Bdatos2	Alfa = 0,38	

Tabla 6.91.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (Creen que soy...)

Mis padres creen que soy (Cómo me ven mis padres, vista por el chico/a)

Ítems	Factor1 CHHETERPERPOS	Factor2 CHHETERPERNEG
1 Egoísta		0,531
2 Sociable	0,697	
3 Amigable	0,863	
4 Responsable	0,483	
5 Respetuoso/a	0,414	
6 Consumista		0,509
7 Perezoso/a		0,428
8 Sincero/a	0,665	
9 Rebelde (desobediente)		0,567
10 Comunicativo/a	0,809	
11 Crítico/a		0,434
12 Solidario/a	0,432	
13 Exigente		0,673
14 Sensible	0,265	
15 Trabajador/a	0,543	
16 Tolerante	0,299	
17 Sensato	0,444	
18 Inteligente	0,378	
19 Autoritario/a		0,234
20 Impaciente		0,783
21 Buen/a estudiante	0,364	

Auto valores	5,182	2830
Porcentaje de varianza	0,24680	0,13479
Riesgos en Bdatos1	17,5%	24,8%
Fiabilidad en Bdatos1	Alfa = 0,48	

Tabla 6.92.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (los adolescentes son...)

Por lo general, los padres y los adultos creen que los adolescentes/jóvenes son
(Adolescentes vistos por los padres)

Ítems	Factor1 PAPERADOPOS	Factor2 PAPERADONEG
1 Egoísta		0,482
2 Sociable	0,519	
3 Responsable	0,612	
4 Consumista		0,618
5 Perezoso/a	-0,416	
6 Sincero/a	0,592	
7 Rebelde (desobediente)		0,422
8 Comunicativo/a	0,539	
9 Exigente		0,930
10 Tolerante	0,477	
11 Sensato/a	0,687	
12 Inteligente	0,599	
13 Impaciente		0,822
14 Buen/a estudiante	0,575	
Auto valores	4,839	1,869
Porcentaje de varianza	0,34571	0,13350
Riesgos en Bdatos1	21,4%	25,1%
Riesgos en Bdatos2	35,5%	11,4%
Fiabilidad en Bdatos1	Alfa = 0,28	
Fiabilidad en Bdatos2	Alfa = 0,30	

Tabla 6.93.- Estructura factorial heteropercepción Adolescencia (Mi hijo es...)

Mi hijo es (el chico visto por los padres)

Ítems	Factor1 PAPERHIJOPOS	Factor2 PAPERHIJONEG
1 Egoísta		0,626
2 Sociable		-0,085
3 Responsable	0,821	
4 Consumista		0,533
5 Perezoso/a	-0,511	
6 Sincero/a	0,637	
7 Rebelde (desobediente)		0,557
8 Comunicativo/a	0,323	
9 Exigente		0,959
10 Tolerante		-0,509
11 Sensato/a	0,490	

12 Inteligente	0,527	
13 Impaciente		0,785
14 Buen/a estudiante	0,816	
Auto valores	4,548	2,129
Porcentaje de varianza	0,32488	0,15212
Riesgos en Bdatos1	23,8%	33,9%
Riesgos en Bdatos2	55,8%	24,3%
Fiabilidad en Bdatos1	Alfa = 0,29	
Fiabilidad en Bdatos2	Alfa = 0,43	

Aunque la fiabilidad de las escalas es muy baja y hará menos confiables los datos procedentes de los análisis estadísticos, es interesante mantener estos análisis por su valor cualitativo, siempre fijándonos en la utilidad que para el trabajo cotidiano con las familias nos puede ofrecer. La insistencia sobre la necesidad de generar una actitud positiva respecto al hijo, que se transforme en comportamientos de entendimiento y no de crítica, es el objetivo último de nuestro trabajo. De forma intuitiva, por observación y años de oficio, hemos ido acertando con lo que los datos nos están demostrando en la actualidad.

Tabla 6.94.- Relación entre factores de percepción negativa y positiva de padres e hijos

	Chico Autper positivo	Chico Autper negativo	Chico Peradol positivo	Chico Peradol negativo	Chico Heteroper positivo	Chico Heteroper negativo
Chico Autper negativo	-,178(**)					
Chico Peradol positivo	,163(**)	-,143(**)				
Chico Peradol negativo	-,013	,301(**)	-,413(**)			
Chico Heteroper positivo	,605(**)	-,182(**)	,160(**)	,010		
Chico Heteroper negativo	-,165(**)	,677(**)	-,130(**)	,294(**)	-,288(**)	
Padre Peradol positivo	,094(**)	-,050(**)	,151(**)	-,088(**)	,122(**)	-,086(**)
Padre Peradol negativo	-,010	,110(**)	-,097(**)	,140(**)	-,026	,159(**)
Padre Perhijo positivo	,355(**)	-,114(**)	,047(**)	,017	,440(**)	-,189(**)
Padre Perhijo negativo	-,116(**)	,312(**)	-,044(**)	,100(**)	-,181(**)	,406(**)

	Padre Peradol positivo	Padre Peradol negativo	Padre Perhijo positivo	Padre Perhijo negativo
Chico Autper positivo	,094(**)	-,010	,355(**)	-,116(**)
Chico Autper negativo	-,050(**)	,110(**)	-,114(**)	,312(**)
Chico Peradol positivo	,151(**)	-,097(**)	,047(**)	-,044(**)
Chico Peradol negativo	-,088(**)	,140(**)	,017	,100(**)
Chico Heteroper positivo	,122(**)	-,026	,440(**)	-,181(**)
Chico Heteroper negativo	-,086(**)	,159(**)	-,189(**)	,406(**)
Padre Peradol positivo		-,466(**)	,384(**)	-,179(**)
Padre Peradol negativo			-,157(**)	,394(**)
Padre Perhijo positivo				-,369(**)
Padre Perhijo negativo				

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

N= 5144

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De ambas tablas, cabría destacar la relación que existe entre la percepción que el chico tiene de la adolescencia y la de él mismo y lo mismo ocurre con los padres coincide bastante la percepción que tienen de la adolescencia y la que tienen de su hijo. Por otra parte es muy importante ver como la percepción positiva del hijo depende, en alguna medida, de la percepción positiva de los padres respecto al hijo.

En relación con otras variables, podemos destacar:

- La percepción positiva de los chicos sobre ellos mismos, tiene relación directa con los factores EDI2, EAT2, EDI7 y EDI4, además este último factor se relaciona con la percepción positiva de los padres sobre el hijo.
- Ser caso en EDI5, se relaciona con la percepción positiva de los chicos respecto a ellos mismos y a los adolescentes.
- Ser caso en EDI2 se relaciona con percepción negativa de los padres sobre los adolescentes.
- Con la percepción positiva de los chicos sobre ellos mismos tiene relación ser caso en EDI7 y en EDI8, además este último también se relaciona con la percepción positiva que el chico tiene de la adolescencia.
- Respecto a los factores de Estilo Educativo, la percepción positiva de los padres sobre la adolescencia y sobre sus propios hijos tiene relación con la puntuación en la escala de afecto y crítica percibida por el hijo y con la construcción de los estilos democrático y autoritario.

En una investigación anterior (“Autopercepción y Heteropercepción en la Adolescencia”), desarrollada como trabajo de obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA), realicé un Análisis Factorial para determinar dimensiones reducidas respecto a las escalas de percepción por el adolescente y sus padres, la muestra estaba compuesta por 135 chicos y 193 chicas de edades comprendidas entre 12 y 19 años y sus familias (solo se tomaron en cuenta los cuestionarios completos que tenían ambas opciones). De este análisis, salieron claramente tres dimensiones en todas las escalas, que denominamos: Responsabilidad, Inmediatez de la Conducta y Sociabilidad, agrupando distintos ítems según se trate de una escala u otra y de la puntuación de adolescentes o de padres, pero comparables en su contenido. He denominado al segundo factor Inmediatez de la conducta, debido a la similitud que ofrece su formación con esta nueva variable que empieza a tomar fuerza en la explicación de determinados comportamientos en la adolescencia (irrupción de las nuevas tecnologías, nuevos modos de relación y comunicación, poca resistencia a la frustración...)

Analizando las escalas y las dimensiones, podemos destacar:

6.4.3.- Atributos de la adolescencia, auto-percepción y creencias sobre la percepción de los padres.

Para cada uno de los bloques de atributos se llevaron a cabo análisis factoriales sobre matrices de correlaciones tetracóricas, por tratarse de variables dicotómicas. A continuación se presentan los principales resultados de cada bloque.

Autopercepción: Creo que soy una persona...

Una solución con 3 factores explicó el 43,7% de la varianza. Las correlaciones entre los factores son muy bajas y se optó por la solución Varimax.

En la tabla 6.90 se presentan los coeficientes de fiabilidad y el rango de los índices de discriminación de “Cómo soy...”

Tabla 6.95.- Factores de autopercepción (Soy...)

Factores	Coeficiente alpha	IC del 95%	Rango de índices de discriminación
Inmediatez	0,47	0,45-0,50	0,23-0,29
Responsabilidad	0,47	0,45-0,50	0,28-0,32
Sociabilidad	0,30	0,27-0,32	0,13-0,16

Los valores de los coeficientes de fiabilidad e índices de discriminación para este conjunto de ítems son bajos, pero la obtención de los factores se ha realizado fundamentalmente con propósito de reducir la dimensionalidad para otros análisis y no de realizar diagnósticos.

Percepción de los adolescentes: Los adolescentes son

Para este conjunto de *ítems*, la correlación mostrada entre los factores sugiere más adecuada la rotación Promax. El conjunto de 3 factores explica el 47,3% de la varianza

En la tabla 6.91 se presentan los *coeficientes* de fiabilidad y el rango de los índices de discriminación de “Los adolescentes son...”

Tabla 6.96.- Factores de heteropercepción (Son...)

Factores	Coeficiente alpha	IC del 95%	Rango de índices de discriminación
Inmediatez	0,44	0,42-0,46	0,30-0,41
Responsabilidad	0,57	0,55-0,59	0,26-0,32
Sociabilidad	0,48	0,46-0,50	0,26-0,29

Creencia sobre la percepción de los padres: Mis padres creen que soy.....

Un conjunto de tres factores explica el 36,5% de la varianza total. Se seleccionó la solución oblicua Promax por encontrarse correlaciones moderadas entre los factores.

En la tabla 6.92 se presentan los coeficientes de fiabilidad y el rango de los índices de discriminación de “Mis padres creen que soy...”

Tabla 6.97.- Factores de heteropercepción (creen que soy...)

Factores	Coeficiente alpha	IC del 95%	Rango de índices de discriminación
Responsabilidad	0,70	0,69-0,72	0,27-0,54
Sociabilidad	0,57	0,56-0,59	0,22-0,36
Inmediatez	0,56	0,54-0,57	0,15-0,42

Dimensiones derivadas del cuestionario de padres

Los padres cumplimentaron un cuestionario formado por 81 preguntas:

- Percepción de la adolescencia y de sus propios hijos a través de un conjunto de atributos
- Atributos que creen que les atribuyen sus hijos
- Preocupaciones cuando los hijos salen con amigos/as
- Percepción del bienestar de los hijos.
- Estilo educativo a través de las normas de funcionamiento en el hogar
- Opinión sobre el tiempo que dedican sus hijos a diferentes actividades
- Comidas en familia.

Al igual que en el cuestionario de los hijos, algunas preguntas fueron reducidas a dimensiones más amplias por medio del Análisis de Componentes Principales. Un resumen de los principales resultados se presenta a continuación.

Percepción de los adolescentes.

Un conjunto de 3 factores, explican el 41,4% de la varianza total con rotación oblicua Promax.

En la tabla 6.93 se presentan los coeficientes de fiabilidad y el rango de los índices de discriminación de “Los adolescentes son....”

Tabla 6.98.- Factores de heteropercepción (los adolescentes son...)

Factores	Coefficiente alpha	IC del 95%	Rango de índices de discriminación
Responsabilidad	0,58	0,57-0,60	0,17-0,46
Inmediatez	0,58	0,56-0,59	0,31-0,37
Sociabilidad	0,55	0,53-0,57	0,29-0,43

Mi hijo es.....

Los 3 factores explican el 43,3% de la varianza procedentes de la rotación Promax.

En la tabla 6.94 se presentan los coeficientes de fiabilidad y el resumen del análisis de los ítems de “Mi hijo es....”

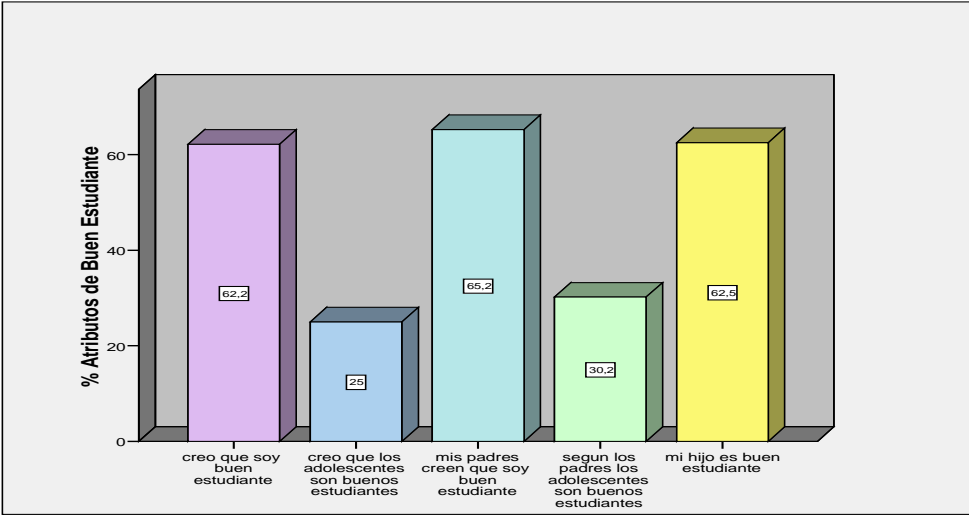
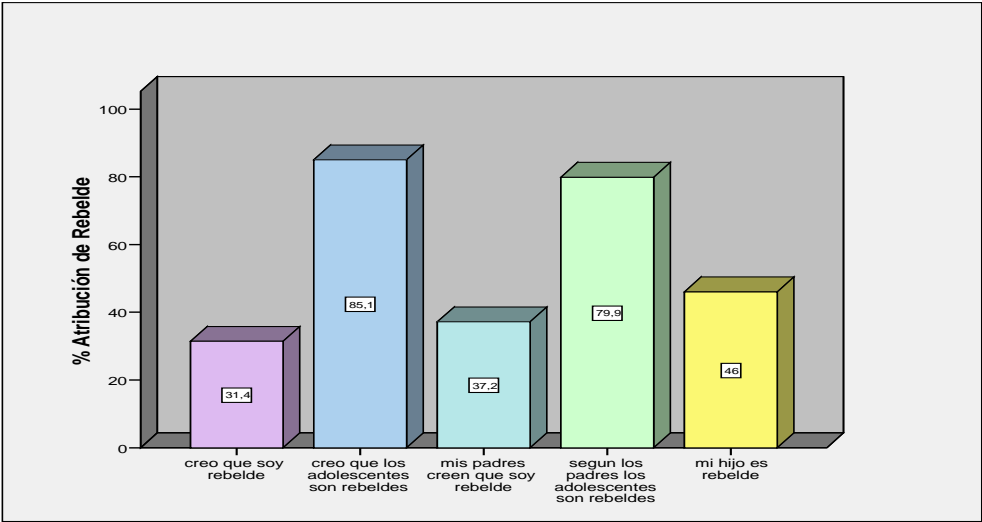
Tabla 6.99.- Factores de heteropercepción (Mi hijo es...)

Factores	Coefficiente alpha	IC del 95%	Rango de índices de discriminación
Inmediatez	0,67	0,66-0,68	0,32-0,44
Responsabilidad	0,60	0,59-0,62	0,22-0,49
Sociabilidad	0,45	0,42-0,47	0,22-0,35

Respuestas de padres e hijos a los atributos comunes que describen las dimensiones.

Por el interés que puede tener ver conjuntamente los datos que se ofrecen a las mismas dimensiones en las distintas modalidades de análisis llevados a cabo, rescato de aquella investigación algunas figuras y conclusiones. Se presentan los porcentajes de respuestas dadas por padres e hijos a los atributos comunes de cada una de las dimensiones.

Atributos comunes de la dimensión Responsabilidad



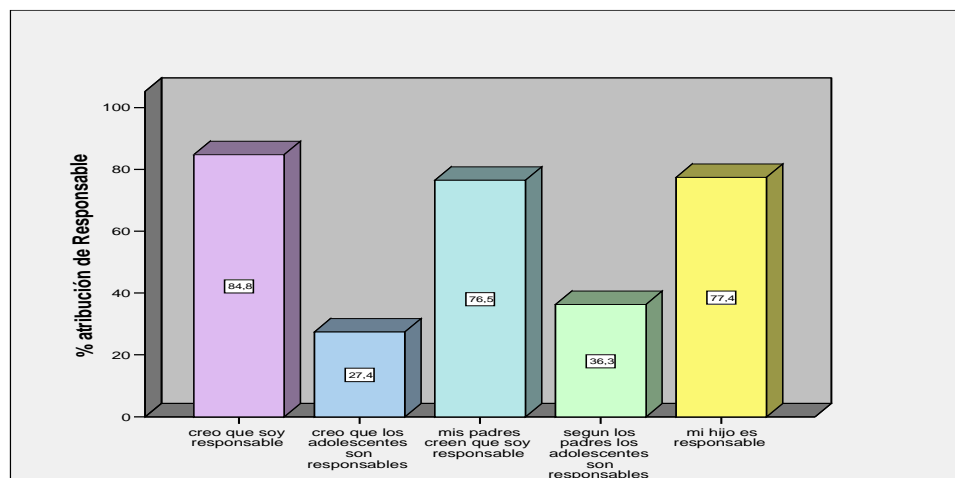
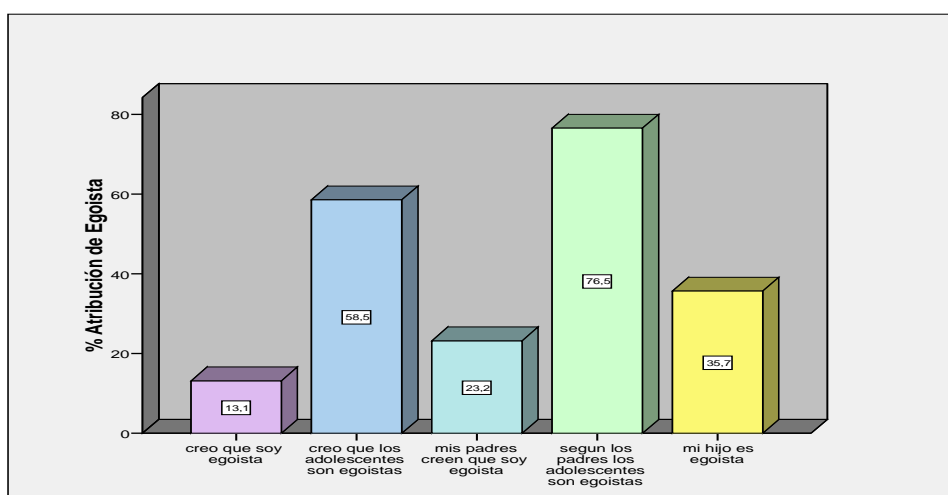


Figura 6.15.- Dimensión responsabilidad

El examen de las figuras anteriores nos permite observar el parecido en las respuestas a los bloques “soy”, “mis padres creen que soy” y “mi hijo es” y entre las valoraciones dadas a los adolescentes en general por parte de los adolescentes y sus padres. Se observa un “sesgo optimista” en los atributos positivos y en general un fuerte estereotipo en las atribuciones dadas a los adolescentes por los dos grupos. Así, resumiendo encontramos que:

- Responsable: Altos porcentajes atribuidos a sí mismos, por los padres y en lo que creen los padres. Baja atribución a los adolescentes en general.
- Rebeldes: Baja atribución a sí mismos y por parte de los padres, muy alta atribución a los adolescentes en general
- Buenos estudiantes: Alta atribución a sí mismos y por los padres. Baja a los estudiantes en general

Atributos comunes de la dimensión Inmediatez



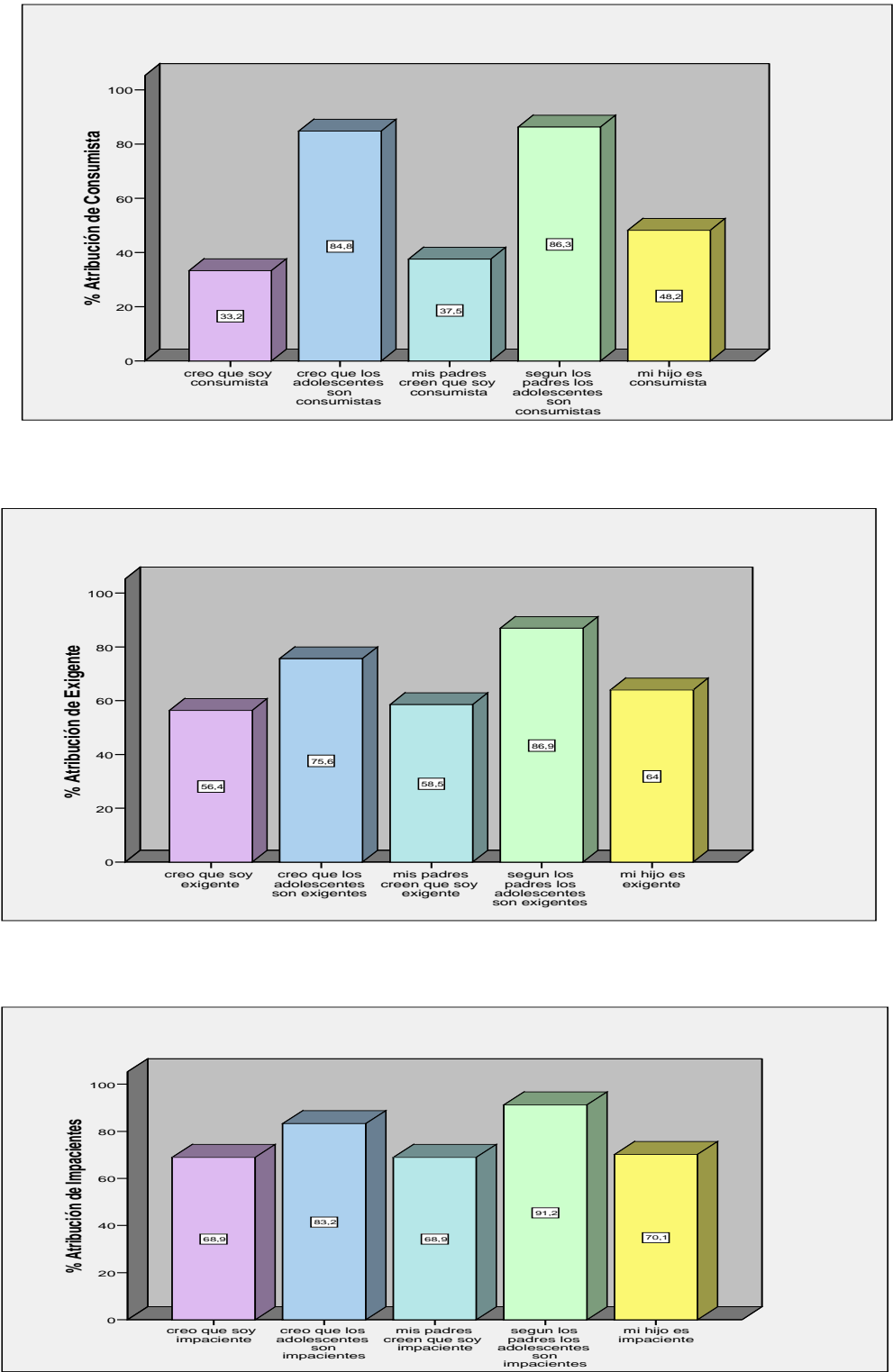
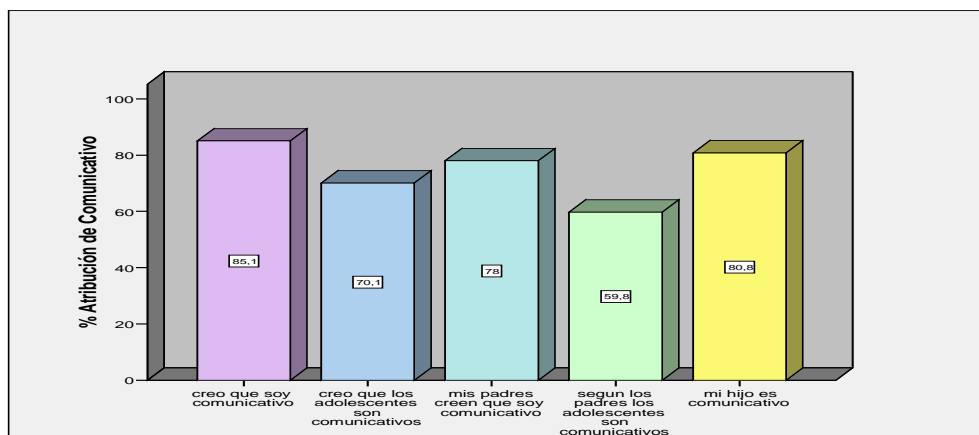
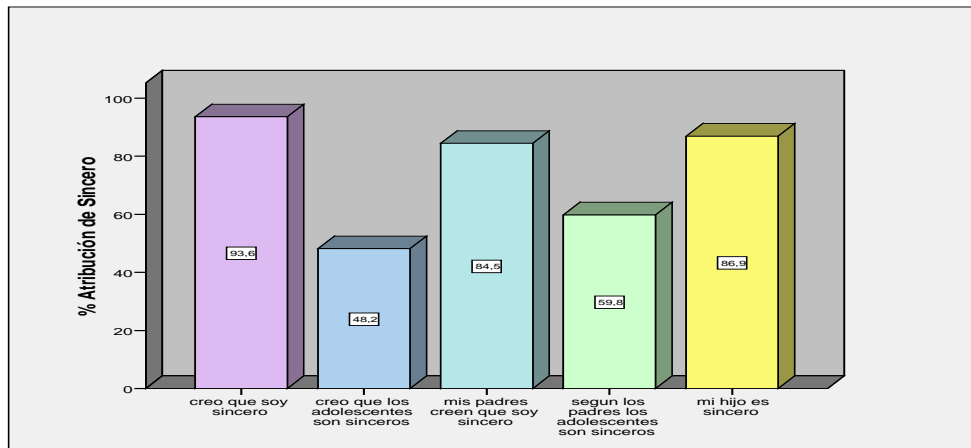


Figura 6.16.- Dimensión Inmediatez

En general, se observa una tendencia similar a la de los atributos de la dimensión anterior, aunque inversa, por tratarse en este caso de una dimensión con connotaciones negativas.

- Egoísta: Muy baja atribución referida a sí mismos; baja en lo que creen los padres y algo más alta en lo que éstos dicen de sus hijos. Más atribución a los adolescentes en general, especialmente por parte de los padres.
- Consumista: Bajos porcentajes atribuidos a sí mismos y aún menores a los adolescentes, más altos en lo que creen los padres, en línea con lo que éstos dicen. Alta atribución de los padres a los adolescentes en general.
- Exigente: En general, altas atribuciones en todos los casos, especialmente cuando se trata de los adolescentes en general
- Impaciente: En general, muy altas atribuciones en todos los casos, especialmente cuando se trata de los adolescentes en general

Atributos comunes de la dimensión Sociabilidad



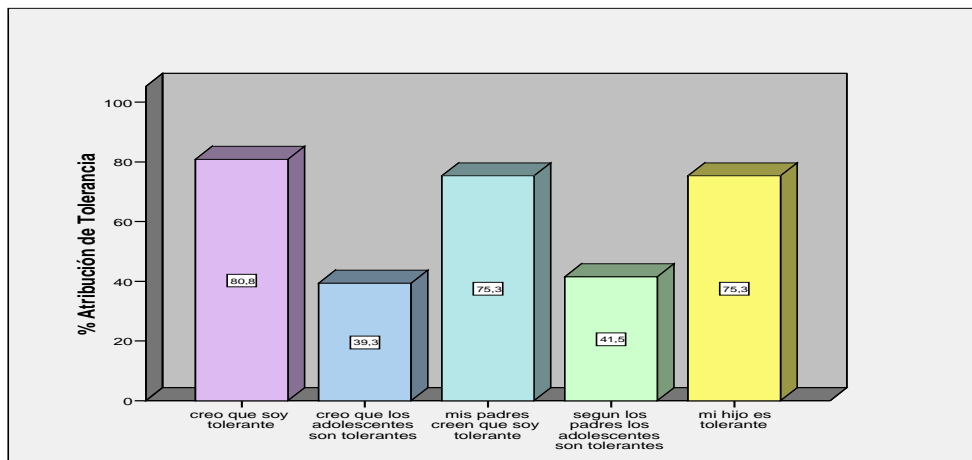


Figura 6.17.- Dimensión Sociabilidad

En los atributos de esta dimensión se repiten los patrones de atribución anteriores:

- Sincero: Muy altos porcentajes atribuidos a sí mismos, a lo que creen los padres y lo que los padres creen de sus hijos. Mucho más bajos referidos a los adolescentes en general.
- Comunicativo: En general, altas atribuciones en todos los casos, aunque menores cuando se trata de los adolescentes en general
- Tolerante: Muy altas atribuciones a sí mismos, a lo que creen piensan los padres y lo que los padres dicen de sus hijos. Mucho menores cuando se trata de los adolescentes en general

Acuerdos entre adolescentes y sus padres en atributos. Los adolescentes son... (A) / Los adolescentes son (P)

Se calcularon los acuerdos entre padres e hijos para los atributos comunes de estos dos bloques que son los que figuran en la tabla 95 en la que se presentan los estadísticos resumen. En la última columna, bajo la etiqueta de “principales discrepancias” se presenta el porcentaje de padres que dicen “sí” al atributo en cuestión para los adolescentes, mientras que los hijos dicen “no” caracterizarse por dicho atributo. En la columna “% de acuerdo en Sí” se presenta el % de casos en que ambos, padres e hijos, están de acuerdo en la posesión del atributo por los adolescentes. En el estudio general de la RIA, los datos en este apartado eran con asociaciones significativas, en nuestra muestra, puede observarse que no en todos los casos existe una asociación estadísticamente significativa entre las respuestas de los padres y las de sus hijos y en general los coeficientes kappa de acuerdo son relativamente bajos. Tal vez los porcentajes de acuerdo más altos se den en algunos atributos de la dimensión de Inmediatez: rebeldes y egoístas. Los acuerdos más bajos se encuentran para los atributos de la dimensión de “Responsabilidad” como se aprecia en la figura 6.19.

Tabla 6.100.- Principales acuerdos y discrepancias en percepción sobre la adolescencia

Atributo	χ^2	Kappa	% acuerdo "sí"	Principales discrepancias
Egoístas	7,09**	0,135	47,9%	39,4%
Responsables	0,008	0,005	10,1%	43,6%
Consumistas	20,49***	0,250	76,2%	18,6%
Sinceros	0,009	-0,005	28,7%	50,6%
Rebeldes	3,94*	0,108	69,5%	25,9%
Comunicativos	4,43*	0,113	44,5%	40,8%
Exigentes	0,03	0,010	65,9%	30,8%
Tolerantes	4,76*	0,120	19,2%	42,4%
Impacientes	1,23	0,05	76,5%	21,3%
Buenos estudiantes	1,39	0,06	8,8%	37,5%

* $p < 0,01$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

Aunque no en todos los atributos los niveles de acuerdo son significativos, no parece coincidir mucho lo que piensan los padres y los hijos sobre los adolescentes, para el análisis descriptivo gráfico, parece interesante mantener la información sobre todos, por el interés que pueden tener los datos cuando se ofrecen condicionados a las distintas respuestas. Aun así, es muy interesante ver cómo se producen los acuerdos en atributos entre padres y adolescentes, analizado a través del índice kappa de Cohen.

En la siguiente figura se presentan de forma resumida los porcentajes conjuntos de "Sí" para cada uno de los atributos de la tabla.

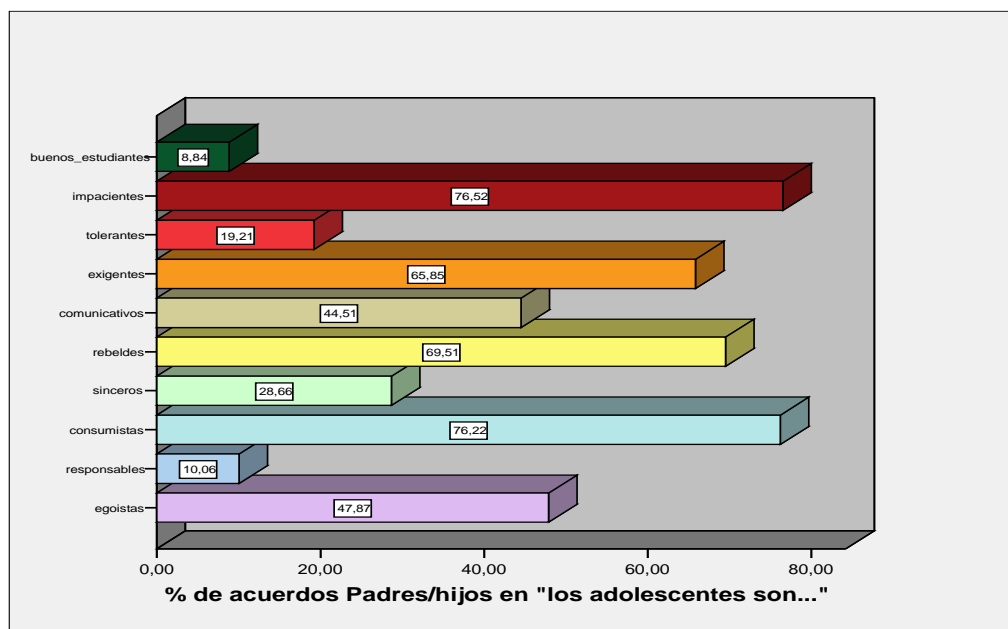


Figura 6.18.- Porcentajes conjuntos de "Sí"

Una visión más clara del acuerdo puede verse en las figuras siguientes en las que se presentan porcentajes condicionados es decir "padres que dicen sí dado que sus hijos dicen sí" e "hijos que dicen sí dado que los padres dicen sí".

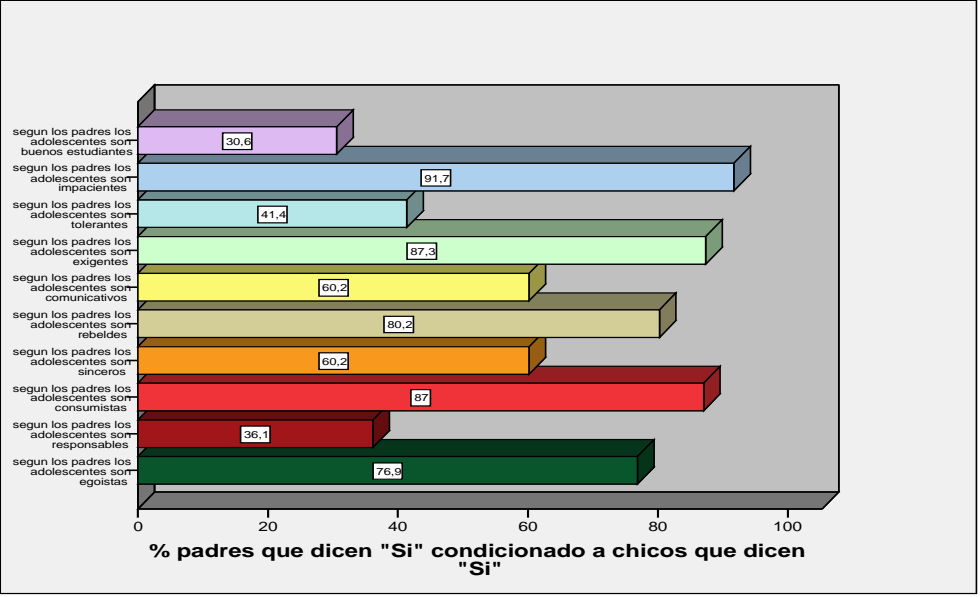


Figura 6.19.- Porcentajes condicionados al "Si" de hijos

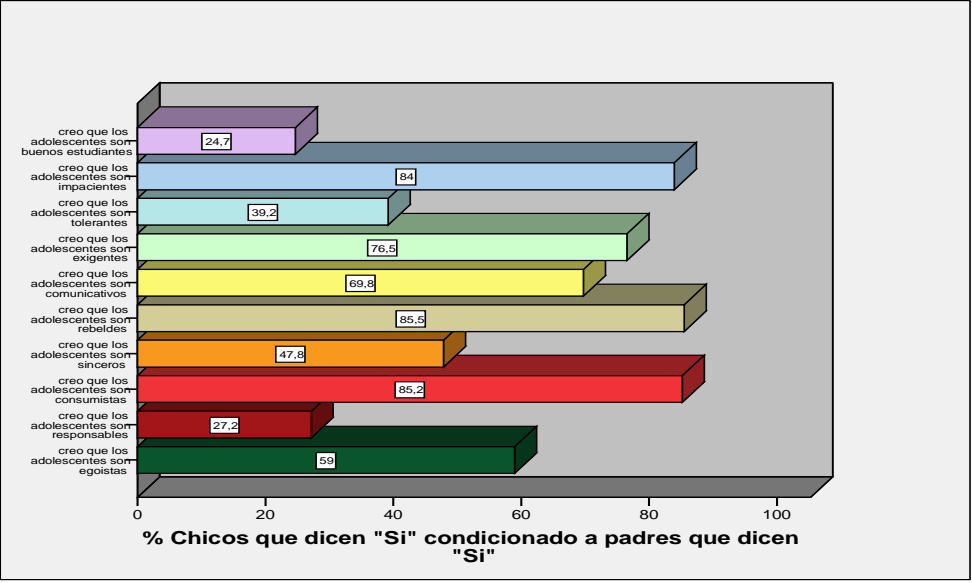


Figura 6.20.- Porcentajes condicionados al "Si" de padres

En las dos figuras anteriores puede apreciarse que las mayores coincidencias y discrepancias se producen en el sentido ya mencionado en los porcentajes globales.

Creo que soy... /Mi hijo/a es....

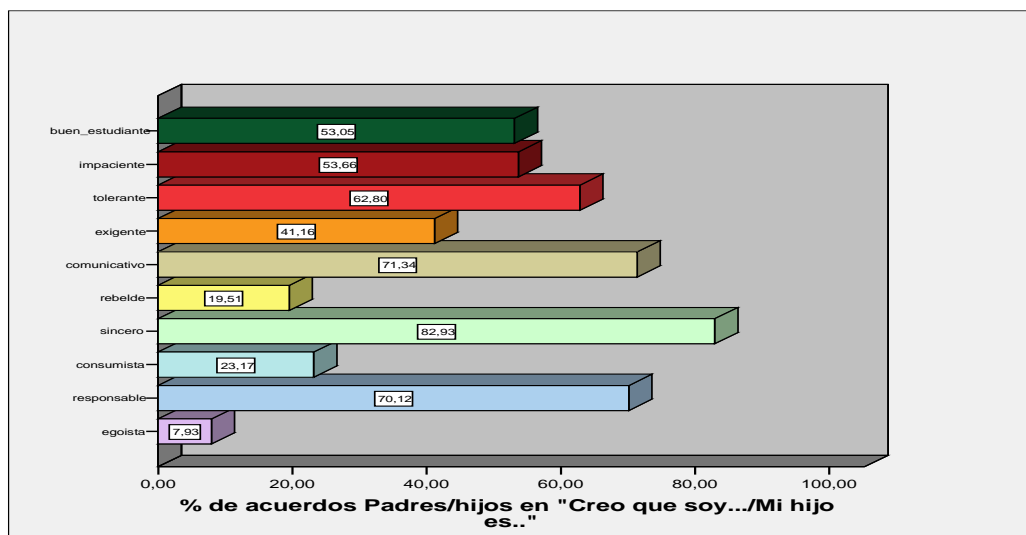
En la tabla 6.86 se presentan los principales estadísticos resumen para los atributos comunes a las dos listas.

Tabla 6.101.- Principales acuerdos y discrepancias en Auto y heteropercepción

Atributos	χ^2	Kappa	% acuerdo "sí"	Principales discrepancias
Egoístas	13,25***	0,16	7,9%	32,9%
Responsables	29,26***	0,29	70,1%	21,9%
Consumistas	30,37***	0,29	23,2%	35,1%
Sinceros	12,29**	0,17	82,9%	14,7%
Rebeldes	15,66***	0,20	19,5%	38,4%
Comunicativos	11,04***	0,18	71,3%	23,2%
Exigentes	14,75***	0,20	41,2%	38,1%
Tolerantes	4,38*	0,11	62,8%	30,5%
Impacientes	20,85***	0,25	53,7%	31,7%
Buenos estudiantes	119,62***	0,60	53%	18,6%

* p<0,01 ** p<0,001 ***p<0,0001

Aunque los niveles de acuerdo no son muy elevados, excepto en cuando catalogan los padres de buen estudiante al hijo y él se percibe así, si son significativas las relaciones. En las siguientes figuras se presenta información complementaria a la de las tablas.



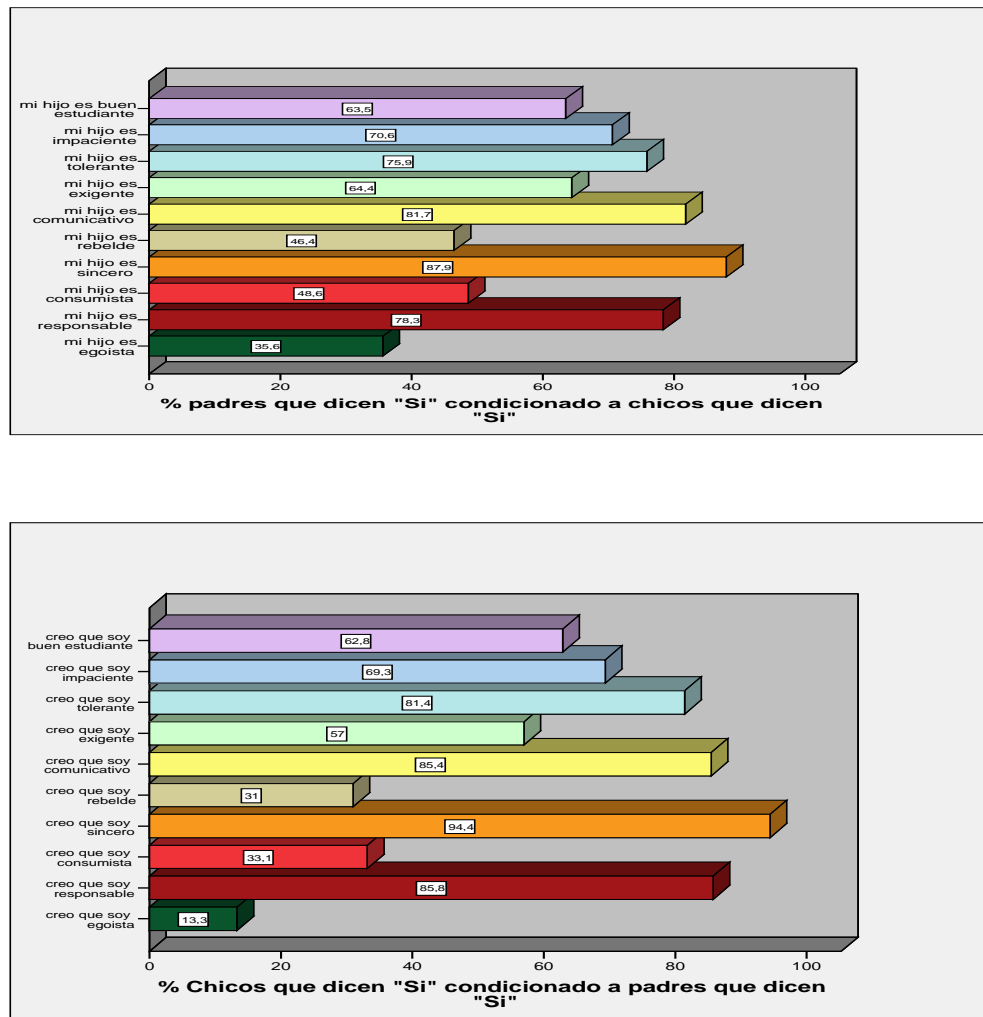


Figura 6.21.- Acuerdos y porcentajes condicionados a "Si"

En la tabla 6.98 se presentan los estadísticos resumen para el grado de acuerdo entre los estadísticos comunes a estos dos bloques, con información complementaria en las figuras.

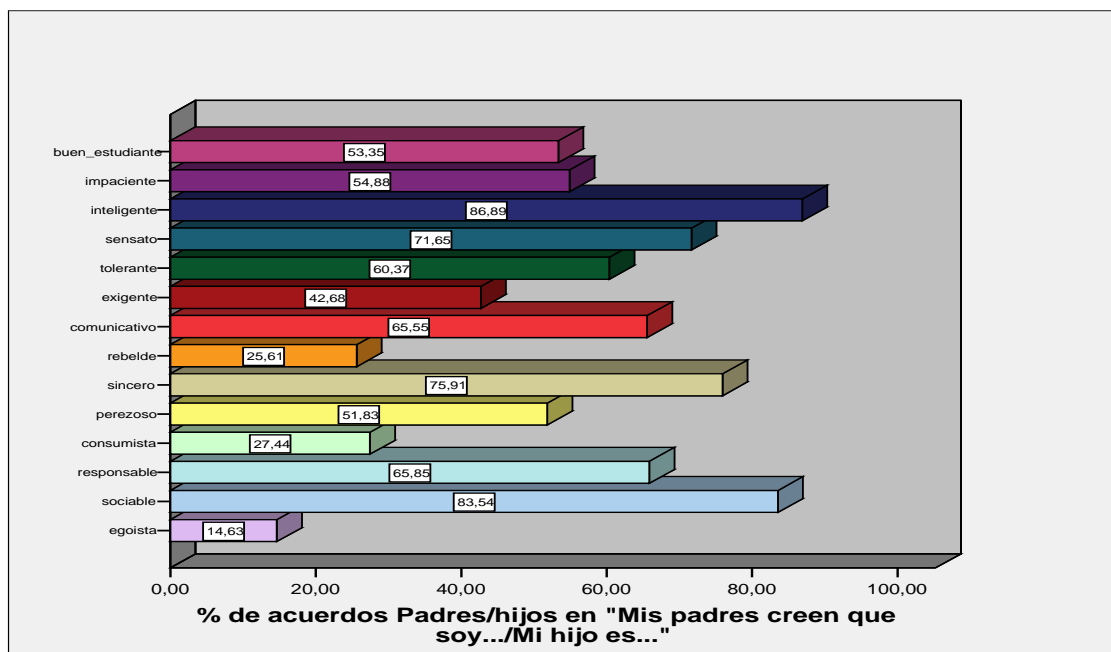
Tabla 6.102.- Principales acuerdos y discrepancias en heteropercepción

Atributo	χ^2	Kappa	% acuerdo "si"	Principales discrepancias
Egoísta	32,57***	0,30	14,6%	29,5%
Sociable	26,30***	0,27	83,5%	13,1%
Responsable	45,43***	0,37	65,9%	22,3%
Consumista	49,26***	0,37	27,4%	30,8%
Perezoso	33,03***	0,30	51,8%	30,8%

Sincero	14,08***	0,20	75,9%	19,5%
Rebelde	40,70***	0,34	25,6%	32%
Comunicativo	7,65*	0,15	65,5%	27,7%
Exigente	15,89***	0,21	42,7%	37,2%
Tolerante	12,68***	0,19	60,4%	29,8%
Sensato	12,56***	0,19	71,6%	22,8%
Inteligente	21,59***	0,25	86,9%	10,7%
Impaciente	31,46***	0,31	54,9%	19,2%
Buen estudiante	97,60***	0,54	53,4%	21%

* $p < 0,01$ *** $p < 0,0001$

Si se compara esta Tabla con las anteriores, puede observarse que es en el par (mis padres piensan que soy/mi hijo es...) en el que son más altos los coeficientes de acuerdo y en el que existen menores discrepancias, encontrándose además importantes coincidencias en los atributos que expresan características positivas, siendo menores en los de las características negativas.



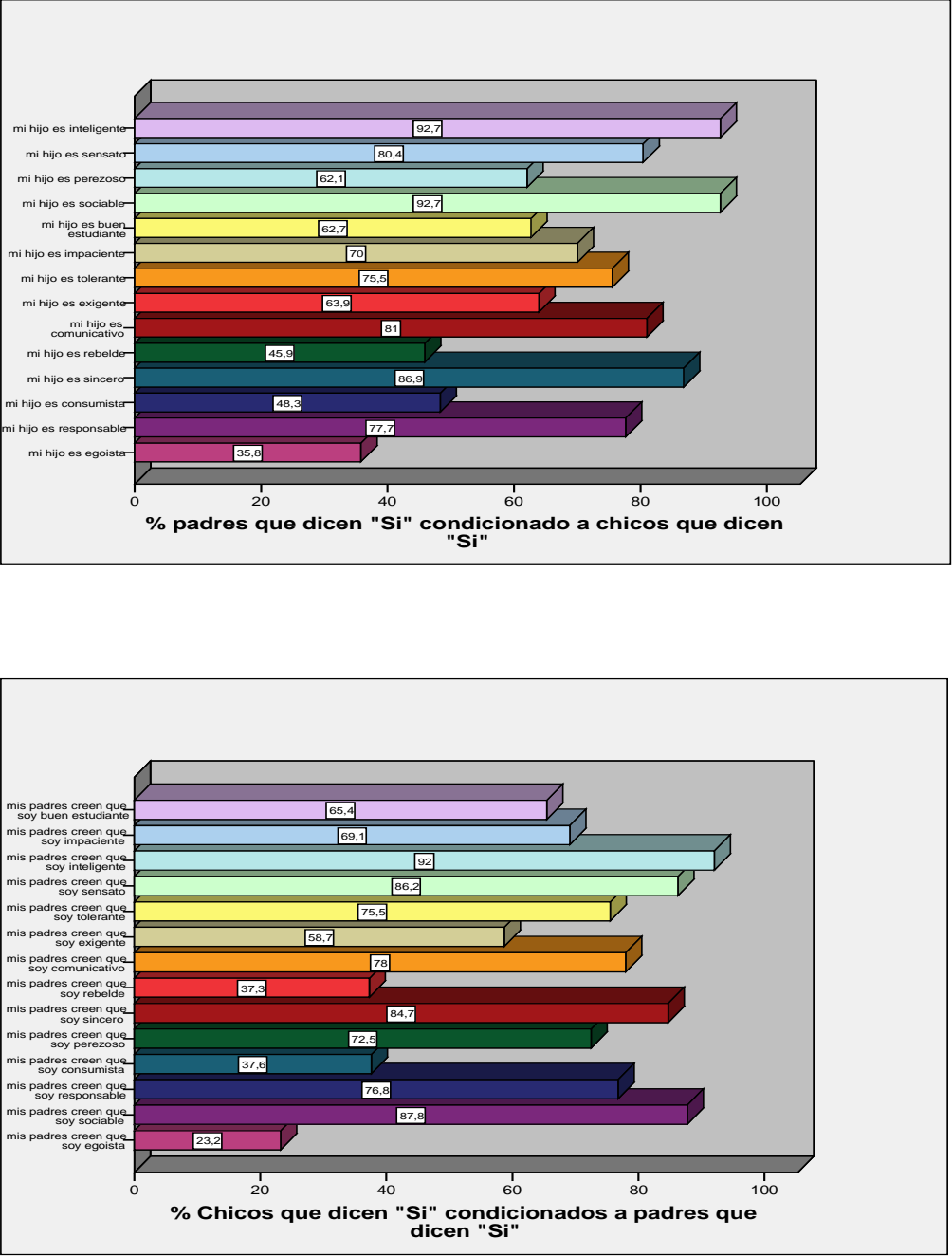


Figura 6.22.- Porcentajes condicionados al “Si” de hijos

CAPÍTULO 7

CAPÍTULO 7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el inicio/germen de esta Tesis Doctoral, he perseguido constantemente dos objetivos fundamentales:

- Analizar los datos epidemiológicos que mi trabajo de cribaje de alumnos/as en la zona 10 de Getafe desde 2000-2014 que puedan estar en riesgo de desarrollar una trastorno alimentario, validar los puntos de corte de los cuestionarios de cribaje estándar que son más utilizados y produce, con el ánimo de dejar evidencia de ciertos procesos, relaciones, intuiciones... que ocurren, la mayor parte de veces, sin planificación, ni control, por si a otros profesionales fueran de utilidad.
- Desarrollo de talleres para los alumnos en riesgo (Talleres Habilidades Personales) y para sus padres (Talleres Estilos Educativos Familiares) durante el mismo periodo, con evaluaciones pre-post.... Mostrar teórica y prácticamente aquello que frente a un adolescente, una familia o un grupo de madres/padres, funciona para desbloquear un conflicto, iniciar un cambio de actitud, realizar un, aparentemente, milagroso cambio de comportamiento que hace relativo y funcional lo que hasta ahora era, para ellos, un problema.

Durante la realización de talleres de Habilidades Educativas con familias y a través de su evaluación, se han conseguido cambios rápidos y estables en las familias participantes, contribuimos honestamente a la construcción de comunidades saludables, según lo denomina Gullota, Plant y Evans (2015). De esta manera, educamos informando y favorecemos los procesos de empoderamiento (Costa y López, 2006) a través de la acción y la participación comunitaria, a través de los recursos con los que cuentan las personas (Tudge et al, 2009). Parece más efectivo facilitar las estrategias suficientes para que las personas aprendan a solucionar sus problemas o, en todo caso, a gestionar sus propios riesgos en la salud/hábitos de vida (Funes, 2003).

Aún en desacuerdo con lo que plantean Stice et al., (2007) respecto a la efectividad de la detección precoz, pienso que la prevención puede gestionarse a través de ella, y ante nuevos problemas hay que aventurar nuevas soluciones (Hombrados, 2013; Pianta, 2003). A pesar de que surjan voces discrepantes basadas en la idea de que la prevención es inefectiva (Turón, 2009), y cerrando las intervenciones en unos corsés, a veces, tan apretados (Levine y Smolak, 2006), que ni siquiera las mejores prácticas basadas en la evidencia entrarían en esta categoría de prevención (Hoadwood et al., 2003). Creo que en todo este proceso de trabajo empírico para la comunidad, se ha podido demostrar que vale más ajustar la acción a las poblaciones diana (Tudge et al., 2009), bajando incluso los criterios de fiabilidad en aras de la utilidad (Weist et al., 2014).

Incluso tomando el riesgo de caer ligeramente en un efecto iatrogénico, por otra parte no demostrado claramente (Stice et al, 2007; Newton et al, 2006), no hay que

claudicar ante la falta de concienciación social como recomienda Morandé y seguir encarando el reconocimiento de factores de riesgo de caer en un TCA, derrochando toda la cautela que sea precisa (O'Dea, 2002).

La mayor parte de adolescentes no están bajo el riesgo de un problema alimentario, sino como mucho en una crisis “normativa” (Gullota, Plant y Evans, 2015) dando paso a otra etapa de la vida, así pues, merece la pena que sigamos pensando en ellos como personas en construcción (Funes, 2003), sobre los cuáles pueden modelarse nuevos comportamientos contando con otras actitudes, comportamientos y emociones firmes que no faciliten la confusión emocional, que suelen aparecer en personas en riesgo de un TCA (Calvo et al., 2014).

La co-problematicidad que ocurre en la adolescencia, nos hace pensar en la necesidad de trabajar en muy distintos frentes, de ahí que nuestra intervención no se centre en una variable única, como pueden ser los TCA, sino que intentamos abordar frentes colaterales como son las familias (McElhaney, Allen, Stephenson y Hare, 2009; Peterson 2009; Laursen y Collins, 2009) a través de los Estilos Educativos Familiares (Rivas, Bersabé y Castro, 2001), y en paralelo sin abandonar la idea del trabajo directo en talleres de Habilidades Personales con los adolescentes de riesgo. Por esto, la hipótesis fundamental que se postula es la siguiente: *la información y la formación temprana a las familias sobre el desarrollo físico, emocional, social, entre otros, las estrategias educativas y de aprendizaje, el cambio y manejo de comportamientos y los criterios básicos en el establecimiento de normas y límites, podrán motivar cambio de actitud y generar estilos educativos que favorecerán la aparición de factores de protección, no solo respecto a los TCA, sino también a otras problemáticas derivadas de la crisis adolescente.*

La idea clave de la prevención es que el hecho de que un problema aparezca en la adolescencia, no significa que sea de la adolescencia (Zahn-Waxler et al, 2000). Es necesario distinguir claramente, a la hora de la intervención, entre patrones duraderos de conductas problema y experimentación ocasional, que es lo que suele ocurrir en el tema de la imagen corporal y la alimentación si los padres saben verlo y relativizan la importancia en el desarrollo del adolescente. Hay que empezar el trabajo mucho antes, así esto será siempre más efectivo en los momentos en que los conflictos están en germen (Peterson et al., 2013a).

Puede parecer una idea algo anticuada en la época BC (Before Computer) y digital en la que están los adolescentes, pero una de las cuestiones más efectivas como factor de protección es la comunicación en los momentos de las comidas familiares (Fulkerson et al., 2006; Eisenberg et al., 2004).

En el sano intento de organizar, reconocer, etiquetar, diagnosticar con claridad “absoluta” un trastorno tan multifactorial como lo es el del comportamiento alimentario, no hay que caer en la cerrazón de que la no existencia al completo de los criterios del DSM que corresponda, no nos indique una problemática posible, pues lo que fue TCA-NE, ahora es criterio diagnóstico (APA, 2013), y no sabemos cómo será en adelante.

Construyamos estrategias que ayuden a las familias (Smolak, 2012; Menzel et al., 2010; Neunmark-Sztainer et al., 2007) e incluso les ayuden a reconocer de manera prematura señales livianas ocultas que aparecen después como síntomas importantes (Pérez de Eulate, 2009), y en los adolescentes favorezcan la autoaceptación, la autoestima y la sensación de bienestar emocional (Gustaffson et al., 2009), sin olvidar la necesaria transformación en el entorno, si queremos que los cambios sean estables (Álvarez et al., 2013; Levine et al., 2006).

Algunos amagos de hipótesis, han surgido de reflexiones teóricas, pero no era el fin ratificar o no determinadas teorías o descubrimientos, sino mostrar que esos procesos existen y que coinciden con resultados obtenidos por otros. En el transcurso de la **acción**, ha tenido cabida algo de **investigación** y ya se avisó que, sintiéndose esta dirección (acción-investigación) como un valor, se convierte en un gran déficit, pues en la mayor parte de los análisis, y esta es la gran crítica y enseñanza extraída de este propio transcurso “investigador”, falta siempre algo que se olvidó planificar, a lo que no se puso control o intención o medición, pero por muy apurada que sea la planificación siempre puede prepararse mínimamente la situación como para tener la posibilidad de obtención de datos para su posible investigación (Weist et al., 2014).

Otras críticas a los datos se podrán hacer por su poca muestra (caso de la heteropercepción de los padres en estilos educativos), en otros casos por el gran número de años de acumulación de datos estudiantes a cambios culturales y sociales, a la falta de variabilidad en la muestra, misma edad, mismo entorno, entre otros, sin embargo, este es el resultado que puedo ofrecer con una altísima carga de ilusión, esfuerzo y sobre todo, trabajo.

Las conclusiones serían las siguientes:

- Se ha re-evaluado el procedimiento utilizado en el trabajo (obtención de información, análisis para detección, intervención en compensación y, sobre todo, guía para la prevención) con el fin de indicar que este procedimiento puede ser efectivo en la prevención de los TCA. **El Estilo Educativo y la percepción/actitudes sobre la adolescencia, tienen relación con la prevención en presentar riesgos de un TCA.**
- Respecto al cuestionario de Estilos Educativos, la primera conclusión es debida al descubrimiento del **efecto en los datos respecto a la forma de obtener la información de los adolescentes** sobre sus padres (forma conjunta y separada), y la segunda con la aportación de una **nueva variable en juego, la percepción que sobre el estilo educativo de la pareja tienen el padre y la madre.**
- Una tercera conclusión importante, puede ser la posibilidad de reducir los factores de riesgo en el cuestionario EDI de ocho factores a cinco factores, mostrando que la sensibilidad y la especificidad no se reducen, y nos permite bajar el número de entrevistas a realizar sin dejar fuera casos que sean y no detectemos (falsos negativos).

- Trabajar con el establecimiento de normas cotidianas (tiempo de estudio, tareas en casa, etc.) como paralelo al establecimiento del estilo educativo familiar, a veces es más fácil y sobre todo más práctico cuando se está trabajando con grupos de madres/padres. Según nuestros datos, podríamos concluir que **a través del análisis del establecimiento de las normas cotidianas, también nos podemos acercar a la idea de Estilo Educativo Familiar.**
- La relación que existe entre los factores de riesgo en TCA y las conclusiones extraídas sobre la imagen corporal, hacen pensar que la hipótesis central, **trabajar con la información y el cambio de actitud respecto al adolescente, y especialmente en el establecimiento temprano de un estilo educativo afectivo, democrático y “sanamente” autoritario, es un factor de protección muy importante,** no sólo para los TCA, sino también para los otros factores de riesgo.
- En muy pocas de las investigaciones revisadas se trabaja teniendo en cuenta las diferencias entre sexo y edad de manera exhaustiva, se confía en la obtención de datos, análisis, establecimientos de cortes de riesgo, entre otros, hemos visto que esto no siempre debe ser así, pues podemos estar llevando a entrevista a quien realmente no correspondía. Es cierto que son pocos casos, pero aunque solo fuese uno, es una alarma innecesaria. En concreto **en la corrección del EDI las diferencias en sexo y edad son muy influyentes, y sobre todo de cara al establecimiento de los criterios de riesgo.**
- En TCA, al paso de uno o dos años, en los casos detectados de riesgo, se produce una bajada en los porcentajes de riesgo de los factores, acercándose a valores similares a los de la primera medición de los alumnos de no riesgo. A su vez, en las personas de no riesgo se produce, una reducción en las puntuaciones medias, pero no es tan llamativa como en las personas de riesgo (parece que fueran los valores normativos), incluso en las personas de no riesgo **se incrementa en bastante mayor proporción el factor de la Insatisfacción Corporal, junto con el factor Tendencia a Adelgazar que son los únicos que se incrementan con el paso del tiempo.**
- **La asistencia a los talleres de Habilidades Personales** en los adolescentes de riesgo en TCA, no garantiza que el cambio en los factores de riesgo se produzca antes y en mayor cantidad que si no se asiste, sin embargo, en el momento en que el adolescente está en una etapa de un cambio mayor, **le ayuda a afianzar ciertos criterios que le servirán posteriormente para sentirse más estables.**
- Con los datos más actuales, en nuestro estudio longitudinal, detectamos una situación de más riesgo en los factores Tendencia a Adelgazar, Insatisfacción Corporal y el Miedo a Madurar en la primera medición (12-13 años), produciéndose una reducción importante en la segunda medición (15-16 años), podríamos suponer que el mero paso del tiempo hace que el riesgo desaparezca. Si embargo, todos los alumnos detectados de riesgo, se hace entrevista clínica con los chicos y con los padres, y se les dan estrategias de protección. **No sabemos cómo evolucionarían siendo de riesgo, y no utilizando este procedimiento informativo.**

- A pesar de ser conscientes de la relación importante del auto-concepto con la autoestima y las problemáticas personales, los datos, aunque son significativos, no nos ofrecen unas relaciones claras para conjeturar acciones basándonos en ellas, seguiremos confiando en el oficio para ofrecer posibles relaciones a nuestras familias.
- Tomada literal de Rosa Calvo como clave explicativa: **“Cuando las pacientes vislumbren que efectivamente ellas existen, se les hará posible dejar atrás el control del cuerpo y asumir su propia sabiduría”**
- Fijándonos en los resultados de los talleres que realizamos con familias, creemos que son muy útiles. Respecto a la evaluación, lo que más destacan los padres es el cambio que sufren respecto a la visión que tienen de sus hijos cuando termina el taller, mucho más tranquilos a la hora de percibir, analizar y actuar sobre la problemática, con una percepción alta de control de situaciones hasta el momento no controladas ni entendidas, **el comprender y ampliar la información, les hace ver de forma distinta las cosas e intentar hacer modificaciones sobre sus comportamientos y actitudes.** Adaptando sus expectativas respecto a sus hijos.
- Las familias, tras la información recibida en los talleres, evalúan el cambio que han sufrido, sobre todo en la apertura a otra forma de comunicación y resolución de los conflictos cotidianos.
- Al determinar las coincidencias en riesgos en la percepción del Estilo Educativo por parte del hijo y de los padres, se observa que **los factores más influyentes y con mayor porcentaje en riesgo, son el factor de crítica (2) de la Escala de Afecto y el factor Autoritarismo (2) de la Escala de Normas, en mayor medida en la madre que en el padre y más hacia las chicas que hacia los chicos.**
- Cuando se observan las coincidencias en el riesgo en los Estilos Educativos entre padres e hijos en el sentido que sea, las relaciones con los factores del cuestionario EDI son: **los factores más positivos (afecto y democrático) se asocian positivamente con factores del EDI que tienen que ver más con la alimentación, y los factores más negativos (crítica, autoritario y negligencia) se relacionan más con los de adolescencia.**
- Ante la valoración que un padre hace de la forma de educar del otro, podríamos aventurar que la madre se acerca más a la realidad del padre o a la percepción de él sobre sí mismo, y el padre conoce menos la percepción que sobre sí misma tiene la madre. En algún caso la valoración del padre es más benevolente respecto a las habilidades de la madre, que la propia de la madre, y en muchos casos se acerca más a la propia visión que él tiene de sí mismo. Tal vez por efecto de la reducción de la disonancia que le puede producir el valorarse de manera muy distinta a la de su acompañante en la educación. Por el contrario **la madre se valora a ella misma con más certeza e incluso cercanía a la valoración que de ella ha hecho el padre, y valora al padre con bastante más lejanía (y tal vez objetividad) de la que el propio padre se valoraba a sí mismo.**
- Las puntuaciones medias en los Estilos Educativos son muy estables en el paso del tiempo (tras 2 años), tanto las que dan los adolescentes como las que

dan los padres, las fluctuaciones que se producen, son sobre todo, en el factor autoritarismo con un aumento en la media de la puntuación según la Edad2 (15-18 años), que realmente significa menor autoritarismo percibido por adolescentes y por padres. Es curiosa la diferencia que se da en la escala de afecto hacia la madre, los adolescentes mayores perciben que dan más afecto a las madres y ellas perciben que dan más a los más pequeños. Pareciera que los adolescentes más pequeños no desean reconocer “los mimos” de la madre.

- Aunque las relaciones de los factores del EDI en riesgo y los factores de Estilos Educativos no son muy elevadas, son de interés para el trabajo en los talleres. **Los dos factores que más relación tienen con los riesgos en TCA, a través del EAT-26 o del EDI, son el factor de Crítica, de la primera escala, cuando lo expresa el padre y el factor de Autoritarismo, presente en cinco factores, cuando lo expresa la madre.** También una puntuación baja en el factor de Afecto de la primera escala expresado por la madre correlaciona con ser caso de riesgo y con la situación de riesgo en dos factores importantes del EDI (Miedo a Madurar e Insatisfacción Corporal, tal vez los dos claves en la dimensión alimentación y adolescencia del EDI).
- Las correlaciones más elevadas, se dan entre la Imagen Corporal, sobre todo en su aspecto más personal y con los factores más claramente relacionados con la alimentación como el EAT1 y EAT2 y EDI1, EDI2 y EDI3.
- Es de gran ayuda en el cambio de actitud respecto al hijo, demostrar que la mayor parte de percepciones que tenemos sobre la adolescencia dependen de tópicos que, a veces, trasladamos a los hijos, si no media experiencia directa con ese comportamiento.

Otras conclusiones son más de tipo personal y absolutamente laboral, pero también creo que tienen cabida.

- Es imprescindible ajustarse a la realidad y al ritmo de los centros educativos, si se quiere hacer una labor preventiva en el campo de la salud, aspecto cada vez más alejado del curriculum. Hacerse necesario pasa por hacerse útil.
- Porque para ellos es el trabajo cotidiano, conviene considerar las conclusiones fundamentales que hacen los docentes, las familias y los adolescentes. Sugieren que es necesario hacer este tipo de trabajos en edades más tempranas, y marcan como un acierto el poder hablar de adolescencia, autoestima y estilo educativo antes de iniciar el trabajo con los factores de TCA. En concreto los docentes (que han demostrado ser unos detectores efectivos de factores de riesgo), piden un trabajo más continuado y de profundidad, y sobre todo materiales útiles para su tarea cotidiana.
- Dado que los factores de riesgo giran en torno a indicadores cognitivos, emocionales y conductuales, la intervención en prevención, tanto en el ámbito escolar como en el familiar y social, requiere considerar esta triple dimensión.
- Considero de gran importancia la información del proyecto y la coordinación estrecha con los recursos comunitarios, con los pediatras, médicos de familia, asociaciones de padres, monitores de escuelas deportivas, medios de comunicación. La adolescencia es una etapa evolutiva en la que se dan mayores factores de vulnerabilidad y conductas de riesgo, y creemos que la información y el asesoramiento como forma de prevención

son imprescindibles tanto con los propios adolescentes como con los distintos agentes educativos.

- Si ya es difícil trabajar salud, y más todavía salud mental, en la escuela, más difícil aún es intentar trabajarlo desde el ámbito comunitario hacia la escuela. Desde las políticas municipales, es necesario destacar la importancia de la existencia de una Red de Apoyo social más allá de los padres y la escuela (recursos comunitarios). El tiempo libre puede ser gestionado de muy distintas maneras. Los barrios y el entorno próximo han de facilitar otras formas de ocio.
- Algunos de los factores de riesgo (imagen corporal, insatisfacción, desconfianza interpersonal, autoestima, entre otros) se dan en la adolescencia, y como etapa **evolutiva** genera en los chicos/as conflictos que irán superando. El trastorno, aunque preocupa y es necesario dar respuesta desde los distintos recursos comunitarios, una vez “controlado” no es tan alarmante como se presenta en los medios de comunicación.
- Los padres y madres viven la convivencia y su tarea como educadores, frecuentemente con preocupación y angustia. Esta preocupación impide una adecuada comunicación y provoca el distanciamiento. Su miedo al **No Control** de los comportamientos del adolescente provoca inseguridad. Es necesario intentar el cambio de actitud y comportamiento desde las familias y en edades tempranas.
- Es importante vigilar por los abusos, mala utilización, vejación, entre otros, de los adolescentes por los medios de comunicación. Debieran existir canales de denuncia de aquellas situaciones, empresas, personas o entidades que no sean escrupulosos en el trato con los adolescentes, su imagen y las que les afectan e influyen y del mismo modo de aquellas situaciones que favorecen, ilegalmente, los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes.
- Las normas en el ámbito familiar **no funcionan** (está descompensada la relación coste–beneficio, mucho desgaste por parte de los padres y madres, y pocos resultados para que funcione lo establecido). Los chicos no están conformes con las normas impuestas. Los padres no tienen otra opción que el establecimiento de normas cuando el hijo no se responsabiliza. El trabajo personal, el estudio y las tareas domésticas son los motivos que causan mayor conflicto. No obstante el conflicto, en un grado medio es positivo pues ayuda en los procesos de negociación siempre que exista “buen entendimiento”, y desemboca con la edad en un proceso de mutua cooperación (dicen los padres “cuando se van haciendo mayores ya no es necesario estar tan pendiente de que cumplan con lo acordado”).
- Apoyándome en los datos de la investigación realizada, lo primero que hay que resaltar es la importancia que tiene para obtener colaboración, ofrecer seriedad y coherencia en el trabajo. Uno de los grandes aciertos de este estudio ha sido contar en todo momento con el apoyo y el respaldo de la comunidad educativa, desde la consecución de una devolución de cuestionarios por parte de los padres en una **tasa de respuesta** muy elevada (86,7%). Realmente lo que respalda la fiabilidad y la validez de todos los tratamientos realizados a los datos, ha sido y es la participación constante y activa de los propios participantes de la investigación.

- Muchos son los datos que se han podido ratificar de otras investigaciones y de otros estudios, pero resaltaría el trabajo realizado sobre las normas y el Estilo Educativo. Lo que empezó siendo un trabajo pensado para conocer las influencias de las percepciones de los adultos significativos para los adolescentes, y el desarrollo de su auto-concepto y autoestima, ha derivado en algo más interesante para la aplicación en los talleres de Habilidades Educativas que se desarrollan cotidianamente con padres. Poder demostrarles que con los propios datos y las opiniones están dando las claves para poder producir los cambios que piden, y las ayudas que demandan cuando, iniciados los grupos, descubren que no hicieron aquello que ahora intuyen podrían haber hecho, esto significaría, cuando menos, la mitad del éxito de esos talleres.
- Un segundo descubrimiento importante, existen distintos tipos de adolescentes, funcionando de manera distinta y con necesidades distintas, y no podemos seguir planteando unas mismas acciones para todos. En la diversificación de la atención estarán las claves de la no exclusión de entre un 10% y un 15% que significan los chicos y chicas de riesgo que tienen capacidades larvadas para poder desarrollar los factores de protección que necesitan. Es necesario mirar al adolescente no como un problema sino como una posibilidad de aprendizaje para todos los que lo rodean (padres, profesores, técnicos comunitarios, entre otros).

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, G.R., Montemayor, R. y Gullotta, T.P. (1989). *Advances in adolescent development: Biology of adolescent behavior and development*. Newbury Park, CA: Sage.
- Adelman, H.S. y Taylor, L. (2003) Rethinking school psychology (commentary on public health framework series). *Journal of School Psychology*, 41, 83-90.
- Ackard, D.M., Fulkerson, J.A. y Neumark-Sztainer, D. (2011). Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 440–446.
- Alasker , F. y Olweus, D. (1992). Stability of global self-evaluations in early adolescence: a cohort longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 123-145.
- Allen, J.P., Moore, C., Kupermine, G. y Bell, K. (1998). Preventing teen pregnancy and academic failure: Experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Development*, 68, 729-742.
- Allison, B.N. (2000). Parent-adolescent conflict in early adolescence: Research and implications for middle-school programs. *Journal of Family and Consumer Sciences Education*, 18, 1-6.
- American Academy of Pediatrics. (2015). www.healthychildren.org
- Andres, V., Cariñanos, A., Díaz-Merino, L., Martín, R., Martos, V., Vázquez, M.J. y Villanueva, B. (2002). *Programa de prevención y detección precoz de los trastornos de la alimentación*. Talleres EOS Educativo.
- Arnett, J.J. (1999). Adolescent storm and stress reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Arnett, J.J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Psicología Alianza Editorial.
- Barber, B.K. (Ed.). (2002). *Parental psychological control of children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Baumrind, D. (1971) Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1, 1-103.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239-276.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting styles on adolescent competence and substance abuse. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Baumrind, D., Larzelere, R. E. y Cowan, P. A. (2002). Ordinary physical punishment: Is it harmful?

Comment on Gershoff. *Psychological Bulletin*, 128, 580–589.

- Behar, R y Arancibia, M. (2014). DSM V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 52, Supl. 1, 22-33.
- Behar, R., Gramegna, G. y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52, 2, 103-114.
- Bersabé, R., Fuentes, M.J. y Motrico, E. (2001) Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13, 4, 678-684.
- Bojórquez, R.M., Ávila, M.L., Velázquez, H.J. y Estrella, D.F. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de trastornos de la alimentación*. N° 4,1.
- Bonino, L. (2001) *Masculinidad hegemónica e identidad masculina*. Dossiers feministes 6. Masculinitats: mites, de/construccions i mascarades.
- Boruch, R.F., Petrosino, A. y Sánchez Meca, J. (2002). La colaboración Campbell y la práctica basada en la experiencia. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*. N°83.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. En W.Damon y R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, theoretical models of human development*. (pp.993-1028). New York: Wilwy.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1990). *Las ciudades son para las familias*. La ciudad educadora : I Congrés Internacional de Ciutats Educadores.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brooks-Gunn, J. y Reiter, E.O. (1990). The role of pubertal processes. En S.S. Feldman y G.R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp.17-53). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, B.B. (1990). Peer groups and peer cultures. En S.S. Feldman y G.R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp.171-196). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, B.B. (2005). Introduction. *Journal of Research on Adolescence*, 15, 353-355.
- Brown, B.B., Mounts, N., Lamborn, S.D. y Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.
- Bruner, J.S. (1991). *Actos del significado. Más allá de la revolución científica*. Madrid: Alianza editorial.
- Buchanan, C.M., Eccles, J. S., Flanagan, C., Midgley, C., Feldlaufer, H. y Harold, R. (1990). Parents' and

- teachers' beliefs about adolescents: Effects of sex and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 363-394.
- Buchanan, C.M., Eccles, J.S. y Becker, J. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on mood and behaviour at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- Buchanan, CM y Holmbeck, G. (1998) Measuring beliefs about adolescent personality and behavior. *Journal of Youth and adolescence*, 27, 5, 607-627.
- Buela, G., Fernández-Rios, L. y Carrasco, T.J. (1997). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Bunge, M. (1991) A Critical Examination of the New Sociology of Science: Part 1: *Philosophy of the Social Sciences*, 21, 4, 524-560.
- Bush, K. R. y Peterson, G. W. (2013). Parent–child relations in diverse contexts. In G. W. Peterson y K. R. Bush (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (3rd ed., pp. 275–302). New York: Springer.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Madrid: Planeta Prácticos.
- Calvo, R. (2003). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*. N° 1.
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M.S., Codesal, R., Blanco A. y Gallego, L.T. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25, 1, 19-37.
- Carballo, J.L., García, O., Secades, R., Fernández, J.R., García, E., Errasti y Al-Halabi, S. (2004) Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 4, 674-679.
- Carlo, G. y de Guzman, M. R. T. (2009). Theories and research on prosocial competencies among U.S. Latinos/as. En F. A. Villarruel, G. Carlo, J. M. Grau, M. Azmitia, N. J. Cabrera, y T. J. Chahin (Eds.), *Handbook of U.S. Latino psychology: Developmental and community-based perspective* (pp. 191–211). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carolina, L.G. y Janet, T (2011) Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes. Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 1, 85-97.
- Carpio, M.V., Cruz, M., de la Torre, M.J., Cerezo, M.T. y Casanova, P.F. (2014). Consistencia e inconsistencia en los estilos de padres y madres y ajuste psicológico en los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 2, 447-456.
- Carrasco, M.A., del Barrio, M.V. y Holgado, F.P. (2007) Análisis de la estructura del cuestionario de comportamiento parental para niños (CRPBI) en población española. *RIDEP* 24, 2, 95-

120.

- Carrillo, M.V. (2005) Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 120-141.
- Carrobbles, J.A. y Gámez-Guadix (2012). La educación positiva de los hijos: principios y procedimientos. En F.J. Méndez, y L.M. Llavona. *Manual del psicólogo de familia: un nuevo perfil profesional* (pp. 57-77). Madrid: Pirámide.
- Casco, F.J. y Oliva, A. (2005). Ideas sobre la adolescencia entre padres, profesores, adolescentes y personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22, 171-185.
- Casco, F.J. y Oliva, A. (2005). Valores y expectativas sobre la adolescencia: discrepancias entre padres, profesores, mayores y adolescentes. *Infancia y Aprendizaje*, 28, 2, 209-220.
- Castell, M. (1999) *La Era de la Información. La sociedad red*. Madrid: Alianza.
- Cataldo, C.Z. (1991): *Aprendiendo a ser padres: conceptos y contenidos para el diseño de programas de formación de padres*. Madrid: Visor.
- Cervera, M y Feliú, H. (1984). *Asesoramiento familiar de educación infantil. Guía práctica*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Cervera, M. (2007). *Riesgo y prevención de la Anorexia y la Bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Chen, K., y Kandel, D.B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.
- Chung, G. H., Flook, L. y Fuligni, A. (2009). Daily family conflict and emotional distress among adolescents from Latin America, Asian, and European Backgrounds. *Developmental Psychology*, 45, 1406-1415.
- Coleman, J.S. (1961). *The adolescent society*. New York: Free Press.
- Collins, W.A. y Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. En M.E. Eisenberg (Ed.). *Handbook of Child Psychology. Vol.3*. (pp. 1003-1066). Hoboken, NJ: Wiley.
- Collins, W.A. y Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. En R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Collins, W.A. y Repinski, D.J. (1994). Relationships during adolescence: Continuity and change in interpersonal perspective. En R. Montemayor, G.R. Adams y T.P. Gullotta (Eds.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 7-36). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cooper, Z., Cooper, P.J. y Fairburn, C.G. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry Jun*, 154, 6, 807-812.
- Corral, S., González, M., Pereña, J. y Seisdedos, N. (1998). *EDI-2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the Developing brain*. NY: W. Norton.
- Crisp, A.H. & Kalucy, R.S. (1974) Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *Journal of Medical Psychology*; 47, 349-361.
- Crouter, A.C. y Head, M.R. (2002). Parental monitoring and knowledge of children. En M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cusinato, M. (1998). Parenting styles and psychopathology. En L. L'Bate (Ed.), *Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior* (pp. 158–183). New York: Guilford Press.
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. En R. E. Dahl y L. P. Spear (Eds.), *Adolescent brain development: Vulnerabilities and opportunities* (pp. 1–22). New York: The New York Academy of Sciences.
- Del Barrio, C. (1995). Conflictos con los padres desde la perspectiva de los hijos. *Infancia y sociedad*. 30. 133-143.
- Del Barrio, M.V., Mestre, M.V. y Tur, A.M. (2004) Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10, 1, 78-88.
- DuBois, D.L., Bull, C.A., Sherman, M.D. y Roberts, M. (1998). Self-esteem and adjustment in early adolescence: a social-contextual perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 557-583.
- Eisenberg, M.E., Olson, R.E. y Neumark-Sztainer, D. (2004). Correlations between family meals and psychological well-being among adolescents. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 158, 792-796.
- Eisner, J. R. (1989). *Psicología Social. Actitudes, Cognición y Conducta Social*. Madrid. Pirámide.
- Espinal, I. (2003). La función Educativa de la Familia. CC Poveda, *Anuario Pedagógico*, 167-198.
- Estevez, E., Murgui, S., Moreno, D. y Musitu, G. (2007) *Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela*. *Psicothema*, 19,1, 108-113.
- Estrada, M.D., Turón, V., Rodríguez, G. y Benítez, D. (2009). *Guía de práctica clínica (GPC) sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Recomendaciones para la práctica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*.

- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147,4, 401-408.
- Fairburn, C.G. y Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). En C. G. Fairburn y G.T. Wilson (Ed.) *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Feixa, C. (2003) Generación @. La adolescencia en la era digital. *Cuadernos de Pedagogía*, 320, 52-55.
- Feixa, C., González, I., Martínez, R. y Porzio, L. (2003). *Identitats culturals i estils de vida*. Institut d'Infancia i Món Urbà.
- Felner, R.D., Primavera, J. y Cauce, A.M. (1982). Social support in high-risk adolescents: structural components and adaptive impact. *American Journal of Community Psychology*, 10, 417-428.
- Fenton, C., Brooks, F., Spencer, N. H. y Morgan, A. (2010). Sustaining a positive body image in adolescence: An assets-based analysis. *Health and Social Care in the Community*, 18, 189-198.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Fernández Ramírez, B y Vidal Moranta, T (2008). *Psicología de la ciudad. Debate sobre el espacio urbano*. Barcelona: Editorial VOC.
- Festinger, L. (1957) *Teoría de la Disonancia Cognitiva*. Madrid: Instituto de estudios políticos.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J. y Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Forness, S., Freeman, S., Paparella, T., Kauffman, J., y Walker, H. (2012). Special education implications of point and cumulative prevalence for children with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20 ,4, 4-18.
- Fortunati, L. (2002). The Mobile Phone: Towards New Categories and Social Relations. *Information, Communication, and Society*, 514-528.
- Fuentes, M.J., Motrico, E. y Bersabé, R.M. (2003). Estrategias de socialización de los padres y conflictos entre padres e hijos en la adolescencia. *Anuario de Psicología*, 34, 3, 385-400.
- Fulkerson, J.A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D. y French, S.A. (2006). Family dinner meal frequency and adolescent development; Relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *Journal of Adolescence Health*, 39, 337-345.
- Fundación Santa María (2001). *Pautas de interacción familiar en la adolescencia (13-18 años)*. Madrid: Fundación S.M.
- Funes, J. (2003). Claves para leer la adolescencia. *Cuadernos de Pedagogía*, 320, 46-51.

- Funes, J. (2004). Educar en secundaria es posible. Algunas propuestas para pensar en los cambios más urgentes. *Cuadernos de Pedagogía*, 340, 87-91.
- Gandarillas, A. Zorrilla, B. y Sepúlveda, A.R. (2003). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid.
- García, A., Callejo, J. y Walter, A. (2004). *Los niños y los jóvenes frente a las pantallas*. Estudios MTAS.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. y Bennis, K.M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-46.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gauze, C., Bukowski, W.M., Aquan-Assee, J. y Sippola, L.K. (1996). Interactions between family environment and friendship and associations with self-perceived well-being during adolescence. *Child Development*, 67, 2201-2216.
- Gavazzi, S. M. (2011). *Families with adolescents: Bridging the gaps between theory, research, and practice*. New York: Springer.
- Gershoff, E. T. (2002). Physical punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Giddens, (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Giedd, J. N. (2008). The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42, 335-343.
- Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S.L. y Frazier, A.L. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 9, 235-240.
- González, M y Landero, R. (2012) Diferencias en la percepción de estilos parentales entre jóvenes y adultos de las mismas familias. *Summa psicológica UST*, 9, 1, 53-64.
- Gonzalo, M. (1997). *Los Trastornos del Comportamiento Alimentario como solución a la crisis de la adolescencia*. VII Congreso de INFAD.
- Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental. Percepción de padres e hijos. *Psicothema*, 14, 2, 274-279.
- Gullotta, T.P., Plant, R.W. y Evans, M.A. (2015). *Handbook of Adolescent Behavioral Problems. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. New York: Springer Science+Business

Media .

- Gustafsson, S. A., Edlund, B., Kjellin, L. y Norring, C. (2009). Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls – Aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review*, 17, 380–389.
- Gutiérrez, E., Sepúlveda, A.R., Anastasiadou, D. y Parks, M. (2013). Familia y Trastornos del Comportamiento Alimentario: Avances en Evaluación y Diseño e Intervención Psicoeducativa. *COP Madrid. Clínica Contemporánea. Vol. 4, n.º 2*, 107-117.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence*. New York: Appleton.
- Halmi, K. A., Goldberg, S. C. & Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls. *Psychological Medicine*, 7, 253-257.
- Harter, S. (1998). Development of self-representations. En N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology, Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. (pp.553-618). New York. Wiley.
- Hartup, W.W. (1996). The company they keep: friendship and their development significance. *Child Development*, 67, 1-13.
- Hines, A.R. y Paulson, S. (2006). Parents' and teachers' perceptions of adolescent storm and stress: Relations with parenting and teaching styles. *Adolescence*, 41, 597-614
- Hirsch, B.J. y Rapkin, B.D. (1987). The transition to junior high school: A longitudinal study of self-esteem, psychological symptomatology, school life, and social support. *Child Development*, 58, 1235-1243.
- Hoagwood, K. E. y Johnson, J. (2003). School psychology: A public health framework: I. From evidence-based practices to evidence based policies. *Journal of School Psychology*, 41, 3–21.
- Holden, G. (2010). *Parenting: A dynamic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holmbeck, G.N. (1994). Adolescence. En V.S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior Vol.1*, pp.17-28. Orlando, Fl: Academic Press.
- Hombrados, M.I. (2013) *Manual de psicología comunitaria*. Madrid: Síntesis.
- Instituto de Psicología Experimental de la Universidad Heinrich Heine de Düsseldorf. *G*Power*. www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower
- Jacobi, C. Y Fittig, E. (2010). Psychosocial risk factors for eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *The Oxford handbook of eating disorders* (pp. 123–136). Oxford, England: Oxford University Press.
- Jacobs, J.E., Chhin, C. y Shaver, K. (2005). Longitudinal links between perceptions of adolescence and the social beliefs of adolescents: Are parents' stereotypes related to beliefs held about and by their children? *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 61-72.

- Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jimenez, J. (2009) El efecto Mateo: un concepto Psicológico. *Papeles del Psicólogo*, 30, 2, 145-154.
- Johnson, C.L. y Connors, M.E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa. A biopsychosocial perspective*. New York: Basic Books.
- Johnston, L., Bachman, J. y O'Malley, P. (2003). *Monitoring the future: National survey results on drug use, 1975-2002. Vol.1.Secondary School students*. (NIH Publication No. 03-5375). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Keel, P. K. y Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195–204.
- Keel, P. (2010). Epidemiology and course of eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *Oxford handbook of eating disorders* (pp. 25–32). New York: Oxford University Press.
- Kerr, M. y Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366-380.
- Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J. y Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.
- Larson, R. y Richards, M.H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. New York: Basic Books.
- Larson, R.W., Moneta, G., Richards, M.H. y Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experiences across adolescence. *Child Development*, 73, 1151-1165.
- Larson, R.W., Richards, M.H., Moneta, G., Holmbeck, G. y Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.
- Larzelere, R. E. y Baumrind, D. (2010). Are spanking injunctions scientifically supported? *Law and Contemporary Problems*, 73, 57–87.
- Lask, B. y Bryant-Waugh, R. (2007b). Overview of management. En B. Lask y R. Bryant-Waugh (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 149–175). East Sussex, England: Routledge.
- Latorre, J y Montañés, J. (2004) Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10, 1, 111-125.
- Laursen, B., Coy, K.C. y Collins, W.A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development*, 69, 817-832.
- Laursen, B. y Collins, W.A. (1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological bulletin*, 115, 2,

197-202.

- Laursen, B. y Collins, W. A. (2009). Parent-child relationships during adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd Ed., Vol. 2, pp. 3-42). Hoboken, NJ: Wiley.
- Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J. y Merikangas, K. R. (2012). Eating Disorder Not Otherwise Specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 711-718.
- Lerner, R.M., Villarruel, F.A. y Castellino, D.R. (1999). Adolescence. En W.K. Silverman y T.H. Ollendik (Eds.), *Developmental issues in the clinical treatment of children* (pp.125-136). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Levine, M., Piran, N. y Jasper, K. (2015). Eating Disorders. En Gullotta, T.P.; Plant, R.W.; Evans, M.A.. *Handbook of Adolescent Behavioral Problems. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. (pp. 305-328). NY:Springer Science+Business Media.
- Levine, M. P. y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levine, M. P. y Smolak, L. (2010). Cultural influences on body image and the eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *Oxford handbook of eating disorders* (pp. 223-246). New York: Oxford University Press.
- Levine, M. P. y Murnen, S. K. (2009). Everybody knows that mass media are/are not a cause of eating disorders: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *29*, 9-42.
- Levine, M. P. y Harrison, K. (2009). Effects of media on eating disorders and body image. En J. Bryant y M. B. Oliver (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (3rd ed., pp. 490-515). New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Linaza, J. (1985). Desarrollo, educación y exclusión social. *Cuadernos de Pedagogía*, *121*, 3-6.
- Locke, L.M. y Prinz, R.J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychological Review*, *22*, 895-929.
- López, C. y Baniandrés, N. (2013). El principio de parsimonia en la ciencia cognitiva actual: Riesgos y soluciones. *Ciencia Cognitiva*, *7*(2), 28-30.
- Lucas AR, Beend CM, O'Fallen WM, Kurland LT. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population based study. *Am J Psychiatry*; *148*: 917-922.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family. Parent-child interaction. En P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology (Socialization, personality and social development)*. pp. 1-101. New York: John Wiley y Sons.

- Maccoby, E. E. (2007). Historical overview of socialization research and theory. En J. E. Grusec y P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 13–41). New York: Guilford Press.
- Mann, A.H., Wakelin, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R. y Szumkier, C. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15 years old school girls. *Psychol. Medicine*, 13, 573-80.
- Marchant, G., Paulson, S. y Rothlisberg, B. (2000). Relations of early adolescents' perceptions of family and school contexts with academic achievement. *Psychology in the Schools*, 38, 505-515.
- Marina, J. A. (2004) *Ser padre y madre, hoy*. En Libro de ponencias de la jornada “Los hijos raros” de la Fundación de ayuda contra la drogodependencia.
- Marina, J. A. (2006). Comunicación e incomunicación. <http://www.infoamerica.org/TENDENCIAS/tendencias/tendencias06/pdfs/46.pdf>
- Marina, J. A. y Bernabeu, R. (2007) *Competencia social y ciudadana*. Madrid: Alianza.
- Marina, J.A., Rodríguez de Castro, M.T. y Lorente, M. (2015). *El nuevo paradigma de la adolescencia. Colección documentos*. Centro Reina Sofía. FAD.
- Martínez, B. (2009). *Ajuste escolar, rechazo y violencia en adolescentes. Tesis doctoral*. Universidad de Valencia.
- Martínez-González, M.A. y de Irala, J. (2003). Los Trastornos del Comportamiento Alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 17 (5) 347-350.
- Martínez-Arias, R., Castellanos, M.A. y Chacón, J.C. (2015). *Análisis de datos en Psicología y ciencias de la Salud*. EOS Universidad.
- Masten, A. S. y Shaffer, A. (2006). How families matter in child development. En A. Clarke-Stewart y A. J. Dunn (Eds.), *Families count* (pp. 5–25). New York: Cambridge University Press.
- Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S., Bulik, C. M., Aggen, S. H., Kendler, K. S. y Neale, N. C. (2010). A twin study of specific bulimia nervosa symptoms. *Psychological Medicine*, 40, 1203–1213.
- McElhaney, K., Allen, J., Stephenson, J. y Hare, A. (2009). Attachment and autonomy during adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., Vol. 1, pp. 358–403). New York: Wiley.
- McGue, M., Elkins, I., Walden, B. y Iacono, W.G. (2005). Perceptions of the parent-relationship: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 41, 971-984.
- McGurk, H. (1989). *Parent-adolescent conflict: all in the mind?* Unpublished Research Report.
- McLaren, L. y Piran, N. (2012). Prevention of disordered eating through structural change: The population health framework and lessons from case studies in intensive community-based

- intervention. En G. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 45–69). Waterloo, ON: Wilfred Laurier Press.
- Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T. y Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image*, 7, 261–270.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Morandé, G. (1999). *La anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid: Temas de Hoy.
- Motrico, E., Fuentes, M.J. y Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17, 1-13.
- Mounts, N.S. y Steinberg, L. (1995). An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use. *Developmental Psychology*, 31, 915-922.
- Neufeld, E., O'Rourke, N y Donnelly, M. (2010). Enhanced measurement sensitivity of hopeless idealism among older adults at risk of self-harm: Reliability and validity of likert-type responses to the Beck Hopelessness Scale. *Aging and mental health*, 14, 6, 752-756.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E. y van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 359–369.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Story, M. T. y Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 664–672.
- Newton, M. S. y Ciliska, D. (2006). Internet-based innovations for the prevention of eating disorders: A systematic review. *Eating Disorders*, 14, 365–384.
- Norris, M. L., Bondy, S. J. y Pinhas, L. (2011). Epidemiology of eating disorders in children and adolescents. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents; A clinical handbook* (pp. 63–89). New York: Guilford.
- O'Dea, J. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 1–13.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37, 209-223.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez, I. y López, F. (2007) Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23,1, 49-56.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Olivares, P.J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere*

formación y tiempo. Madrid: Pirámide.

- OMS. (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra
- Palacios, J., Hidalgo, M.V. y Moreno, M.C. (1998). Familia y vida cotidiana. En M.J. Rodrigo y J. Palacios, (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 71-89). Madrid: Alianza.
- Parra, A. y Oliva, A. (2006) Un análisis longitudinal sobre las dimensiones relevantes del estilo parental durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 4, 453-470.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y Garcia-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18,1, 18-24.
- Paulson, S., Marchant, G. y Rothlisberg, B. (1998). Early adolescents' perceptions of parenting, teaching, and school atmosphere. Implications for achievement. *Journal of early Adolescence*, 18, 5-26.
- Peláez, M.A., Labrador, F.J. y Raich, R.M. (2005) Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 2, 135-148.
- Petrosino, A., Boruch, R., Soydan, H., Duggan, L., y Sánchez-Meca, J. (2001). Meeting the challenges of Evidence-Based Policy: The Campbell Collaboration. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 14-34.
- Pérez de Eulate, L. (2009). Actitudes alimentarias y vulnerabilidad al modelo de delgadez transmitido por los medios de futuras maestras de educación primaria. *Enseñanza de las ciencias, Núm. Extra*, p. 1025-1029
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 13, 481-486.
- Petersen, A.C. (1985). Pubertal development as a cause of disturbance: myths, realities, and unanswered questions. *Genetic Society General Psychology Monographs*, 111, 205-232.
- Peterson, G. W. (2005). Family influences on adolescent development. En G. R. Adams y T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook on the treatment and prevention of dysfunctional behavior: Theory, practice, and prevention* (pp. 27-55). New York: Kluwer.
- Peterson, G. W. (2009). Connectedness and autonomy: Tension or compatibility? En H. Reis y H. S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of human relationships* (pp. 445-452). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peterson, G. W. y Bush, K. R. (2013a). Conceptualizing cultural influences on socialization: Comparing parent- adolescent relationships in the U.S. and Mexico. En G. W. Peterson y K. R. Bush (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (3rd ed., pp. 177-208). New York: Springer.

- Pettit, G.S., Laird, R.D., Bates, J.E., Dodge, K.A. y Criss, M.M. (2001). Antecedents and behaviour-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 75, 583-598.
- Pianta, R.C. (2003). School psychology: A public health framework: I. From evidence-based practices to evidence-based policies. Edit. *Journal of School Psychology*, 41, 1-2.
- Piran, N. y Teall, T. (2012). The developmental theory of embodiment. En G. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 169–198). Waterloo, ON: Wilfred Laurier Press.
- Pita, S. y Pértegas, S. (2003) Pruebas diagnósticas: sensibilidad y especificidad; Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. *Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España); Cad Aten Primaria*; 10;120-124.
- Quadrel, M.J., Fischhoff, B. y Davis, W. (1993). Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Raef, C. (2006). *Always separate, always connected: Independence and interdependence in cultural contexts of development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Reitzle, M. (2006). The effects of work-and family- related transitions on young people's perception of being adult. *Journal of vocational behaviour*, 70, 1, 25-41.
- Resnick, M.D., Bearman, G.M., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M. y Jones, J. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Study of Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Rivas, T. Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24, 2.
- Riviere, A. (1985). *La Psicología de Vygotski*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (2003). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rodríguez Testal, J.F. (Coord). (2013). *Alteraciones de la Imagen Corporal*. Madrid: Síntesis.
- Rojo, L. y Cava, G. (2003). *Anorexia nerviosa*. Ariel. Ciencias Médicas
- Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, Sanjuan L, Vila M. Epidemiology and Risk factors on Eating Disorders: A two-stage Epidemiological Study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 281-91.
- Rosas, R. (2012) ¿Qué es eso de la frontera de la Psicología? *Estudios de Psicología*, 33, 3, 259-261.
- Rothbaum, F. y Trommsdorf, G. (2007). Do roots and wings complement or oppose one another? The socialization of relatedness and autonomy in cultural context. En J. E. Grusec y P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 461–489). NY:

Guilford Press.

- Ruiz-Lázaro, P.M. (2000). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*.
- Ruiz-Lázaro, P.M. (2002). *Bulimia y Anorexia*. Guía para familias. Libros Certeza.
- Ruiz-Lázaro, P.M. (2004) *Globalización, postmodernidad y conducta alimentaria*. 5º Congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. <http://hdl.handle.net/10401/3179>.
- Ruiz-Lázaro, P.M., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Cebolleda, M., Trébol, L y Lobo, A. (2010). Prevalencia de Trastornos Alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp. Psiquiatría*, 38, 4, 204-211.
- Sánchez, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Pirámide.
- Sheinhouse, H.C., Winkler, C. y Meier, M. (1997) Eating Disorders in Adolescence in a Swiss Epidemiological Study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 147-151.
- Silbereisen, R.K., Petersen, A.C., Albrecht, H.T. y Kracke, B. (1989). Maturational timing and the development of problem behaviour: longitudinal studies in adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 9, 247-268.
- Simmons, R. G., Burgeson, R., Carlton-Ford, S. y Blyth, D. (1987). The impact of cumulative change in early adolescence. *Child Development*, 58, 1220-1234.
- Siverio, M. A. y García, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 23, 1, 41-48.
- Smetana, J. G., Daddis, C. y Chuang, S. (2003). Clean your room! *Journal of Adolescent Research*, 18, 631-650.
- Smetana, J.G.Campione-Barr, N. y Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284.
- Smetana, J. G. y Villalobos, M. (2009). Social cognitive development in adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., Vol. 1, pp. 187-228). New York: Wiley.
- Smolak, L., Murnen, S. y Thompson, J. K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 227-239.
- Smolak, L. (2012). Risk and protective factors in body image problems. En G. L. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 147-167). Waterloo, Canada: Wilfred Laurier University Press.
- Smolak, L. (2009). Risk factors in the development of body image, eating problems, and obesity. En L.

- Smolak y J. K. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (2nd ed., pp. 135–155). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smolak, L. y Piran, N. (2012). Gender and the prevention of eating disorders. En G. L. McVey, M. P. Levine, N. Piran, y H. B. Ferguson (Eds.), *Preventing eating related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change* (pp. 199–222). Waterloo, Canada: Wilfred Laurier University Press.
- Smolak, L. y Stein, J. (2010). A longitudinal investigation of gender role and muscle building in adolescent boys. *Sex Roles*, *63*, 738–746.
- Sorensen, J. L. y Kosten, T. (2011). Developing the tools of implementation science in substance use disorders treatment: Applications of the consolidated framework for implementation research. *Psychology of Addictive Behaviors*, *25*, 262–268.
- Spear, L. (2010). *The behavioral neuroscience of adolescence*. New York: W.W. Norton.
- Steinberg, L. (1988). Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*, *24*, 122–128.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. En S. Feldman y G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255–276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L. (1991). Adolescent transitions and alcohol and other drug use prevention. En E.N. Goplerud (Ed.), *Preventing adolescent drug use: From theory to practice* (pp. 13–51). OSAP Prevention Monograph N° 8. Rockville, MD: U.S. Public Health Service.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, *11*, 1–19.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: what changes and why? *Annual New York Academy of Sciences*, *1021*, 51–58.
- Steinberg, L. y Morris, A.S. (2001). Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, *52*, 83–110.
- Steinberg, L. y Silk, J. (2002). Parenting adolescents. En M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Vol. 1* (pp.103–133). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: Replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, *16*, 47–58.
- Steinhausen, H.C. (2011). Course and outcome. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 90–104). New York: Guilford.
- Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 207–231.

- Stice, E., Marti, C. N. y Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 2, 445.
- Stice, E. y Presnell, K. (2010). Dieting and the eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *Oxford handbook of eating disorders* (pp. 148–179). New York: Oxford University Press.
- Strein, W., Hoagwood, K. y Cohn, A. (2003). School psychology: a public health perspective: I. Prevention, populations, and systems change. *Journal of School Psychology*, 41, 1, 23-38.
- Striegel-Moore, R.H. y Bulik, C.M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62, 3, 181-198.
- Strober, M. y Peris, T. (2011). The role of family environment in etiology: A neuroscience perspective. En D. Le Grange y J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents; A clinical handbook* (pp. 34–60). New York: Guilford.
- Suchowierska, M. y White, G.W. (2003). Investigación-Acción participativa y discapacidad. Pautas para evaluar el rigor científico y la naturaleza colaboradora. *Apuntes de Psicología* 21, 3, 437-457.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M. y Kindler, K.S. (1998). The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 38, 599-610.
- Sullivan, K. y Sullivan, A. (1980). Adolescent-parent separation. *Developmental Psychology*, 16, 2, 93-99.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 68, 714–723.
- Szumkler, G.L. (1985). The epidemiology of the anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 143-53.
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R. y Brownell, K. D. (2009). The relationship between Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135, 407–433.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca
- Toro, J. (2000). *La epidemiología de los trastornos de la alimentación*. Barcelona: Medicina clínica.
- Treasure, J. y Russell, G. (2011). The case for early identification in anorexia nervosa: Theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, 199, 5–7.
- Triandis, H. C. (2001). *Individualism-collectivism and personality*. *Journal of Personality*, 69, 907–924.
- Tudge, J. R., Mokrova, I., Hatfield, B. E. y Karnik, R. B. (2009). Uses and misuses of Bronfenbrenner's bioecological theory of human development. *Journal of Family Theory and Review*, 1, 198–210.

- Turón, V. (2009) *Recomendaciones de buena praxis en los TCA: Guías y protocolos*. <http://hdl.handle.net/10401/487>
- Urberg, K.A., Degirmencioglu, S.M., Tolson, J.M. y Halliday-Scher, K. (1995). The structure of adolescent peer networks. *Developmental Psychology*, 31, 540-547.
- Valcarcel, A. (2002). *Ética para un mundo global*. Madrid: Temas de hoy.
- Valdivia, M.C. (2010). *Madres y padres competentes. Claves para optimizar las relaciones con nuestros hijos e hijas*. Barcelona: Graó
- Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. New York: PMA Publishing Corp.
- Vandereycken, W. y Vanderlinden, J. (1983). Denial of Illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 101-197.
- Wade, T. D. (2010). Genetic influences on eating and the eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *Oxford handbook of eating disorders* (pp. 103–122). New York: Oxford University Press.
- Weijters, B., Cabooter, E. y Schillewaert, N. (2010). The effect of rating scale format on response styles: The number of response categories and response category labels. *Intern. J. of Research in Marketing*, 27, 236-247.
- Weist, M., Lever, N., Bradshaw, C. y Sarno, J. (Edit). (2014). *Handbook of School Mental Health. Research, Training, Practice and Policy*. New York: Springer Science.
- Whiteman, S.D. y Buchanan, C.M. (2002). Mothers' and children's expectations for adolescence: the impact of perception of an older sibling's experience. *Journal of Family Psychology*, 16, 157-171.
- Wilfley, D.E., Schawartz, M.B., Spurrell, E.B. y Fairburn, C.G. (1997) Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: interview of self-report? *Behavior Research and Therapy*. Vol 35, 12, 1151-1159.
- Williams, P. G., Holmbeck, G.N. y Greenley, R.N. (2002). Adolescent Health Psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828-842.
- World Health Organization (Regional Office for Europe). Malta 2012. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*.
- Youniss, J. y Smollar, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers, and friends*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. y Slaterry, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Developmental and Psychopathology*, 12, 03, 443-466.
- Zazzali, J. L., Sherbourne, C., Hoagwood, K. E., Greene, D., Bigley, M. F. y Sexton, T. L. (2008). The adoption and implementation of an evidenced based practice in child and family mental health services organizations: A pilot study of Functional Family Therapy in New York

State. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, 38–49.

ANEXO

ANEXO

Datos estadísticos sobre las Escalas de los Estilos Educativos

Escalas de autopercepción (Adolescentes y Padres)

Se van a presentar los estadísticos descriptivos de las escalas, los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio, las Matrices de configuración, los coeficientes de fiabilidad y las tablas de inter-correlaciones.

Escala I de Afecto. Puntuación de los hijos hacia el padre.

El estadístico KMO tiene un valor de 0,959 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 25682,01, los g.l. son 190 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A1. Estadísticos descriptivos de la Escala I de Afecto-hacia el padre.

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Es1.-Mi padre me acepta tal como soy	3,71	,672	-2,697	8,040
Es2.-A mi padre si tengo un problema puedo contárselo	2,97	1,178	-,845	-,407
Es3.-Mi padre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago	2,76	1,074	-,766	,031
Es4.-Mi padre me dedica su tiempo	2,83	1,081	-,718	-,211
Es5.-Siento que soy un estorbo para mi padre	3,60	,844	-2,402	5,603
Es6.-Mi padre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	2,88	1,189	-,802	-,371
Es7.-Pongo nervioso a mi padre, le altero	2,76	1,082	-,648	-,220
Es8.-Mi padre es cariñoso conmigo	3,31	,962	-1,382	1,257
Es9.-Mi padre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	2,10	1,269	-,056	-1,031
Es10.-A mi padre lo que hago le parece mal	2,96	,926	-,873	,752
Es11.-Mi padre me consuela cuando estoy triste	3,06	1,203	-1,112	,140
Es12.-Mi padre está a disgusto cuando yo estoy en casa	3,69	,812	-3,071	9,314
Es13.-Sé que mi padre confía en mí	3,40	,988	-1,755	2,511
Es14.-Mi padre dedica tiempo a hablar conmigo	2,72	1,130	-,564	-,539
Es15.-Mi padre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme	3,55	,891	-2,313	5,177
Es16.-Mi padre está contento de tenerme como hijo/a	3,73	,703	-3,096	10,382
Es17.-A mi padre le gustaría que fuera diferente	3,37	1,034	-1,710	2,191
Es18.-Mi padre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	2,69	1,141	-,595	-,408
Es19.-Puedo contar con mi padre cuando lo necesito	3,44	,950	-1,814	2,715
Es20.-Mi padre me da confianza para que le cuente mis cosas	2,98	1,181	-,943	-,121

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5

1.- Error Típico ,045

2.- Error Típico ,089

Tabla A2. Matriz de configuración. (a)

	Factor	
	1	2
Mi padre dedica tiempo a hablar conmigo	,832	-,080
Mi padre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	,817	-,143
Mi padre me da confianza para que le cuente mis cosas	,741	,033
A mi padre si tengo un problema puedo contárselo	,702	,027
Mi padre me dedica su tiempo	,673	,015
Mi padre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	,661	-,200
Mi padre me consuela cuando estoy triste	,642	,131
Puedo contar con mi padre cuando lo necesito	,596	,202
Mi padre es cariñoso conmigo	,501	,261
Mi padre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	,451	,093
A mi padre le gustaría que fuera diferente	,079	-,751
Mi padre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme	,053	-,710
Siento que soy un estorbo para mi padre	,019	-,672
Mi padre está contento de tenerme como hijo/a	,048	,660
Mi padre me acepta tal como soy	,092	,631
A mi padre lo que hago le parece mal	,032	-,624
Mi padre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago	-,034	-,560
Pongo nervioso a mi padre, le altero	,047	-,548
Mi padre está a disgusto cuando yo estoy en casa	,097	-,530
Sé que mi padre confía en mí	,284	,497
Auto valores	8,102	1,908
Porcentaje de varianza	37,897	6,700

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tablas A3. Matriz de correlaciones entre los factores.

Factor	1	2
1	1,000	,677
2	,677	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

Tabla A4. Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,917	20
EA1hp. Escala de Afecto	,895	10
EA2hp. Escala de Crítica	,859	10

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO HIJO-PADRE

	FACTOR1	FACTOR2	Comunalidades
Es1.-Mi padre me acepta tal como soy		.833	.306
Es2.-A mi padre si tengo un problema puedo contárselo	.795		.369
Es3.-Mi padre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago		-.618	.618
Es4.-Mi padre me dedica su tiempo	.722		.479
Es5.-Siento que soy un estorbo para mi padre		-.818	.331
Es6.-Mi padre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	.738		.455
Es7.-Pongo nervioso a mi padre, le altero		-.592	.650
Es8.-Mi padre es cariñoso conmigo	.762		.419
Es9.-Mi padre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	.555		.692
Es10.-A mi padre lo que hago le parece mal		-.672	.549
Es11.-Mi padre me consuela cuando estoy triste	.815		.335
Es12.-Mi padre está a disgusto cuando yo estoy en casa		-.668	.554
Es13.-Sé que mi padre confía en mí		.793	.371
Es14.-Mi padre dedica tiempo a hablar conmigo	.798		.364
Es15.-Mi padre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme		-.762	.419
Es16.-Mi padre está contento de tenerme como hijo/a		.838	.298
Es17.-A mi padre le gustaría que fuera diferente		-.753	.433
Es18.-Mi padre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	.597		.644
Es19.-Puedo contar con mi padre cuando lo necesito	.834		.304
Es20.-Mi padre me da confianza para que le cuente mis cosas	.837		.300

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

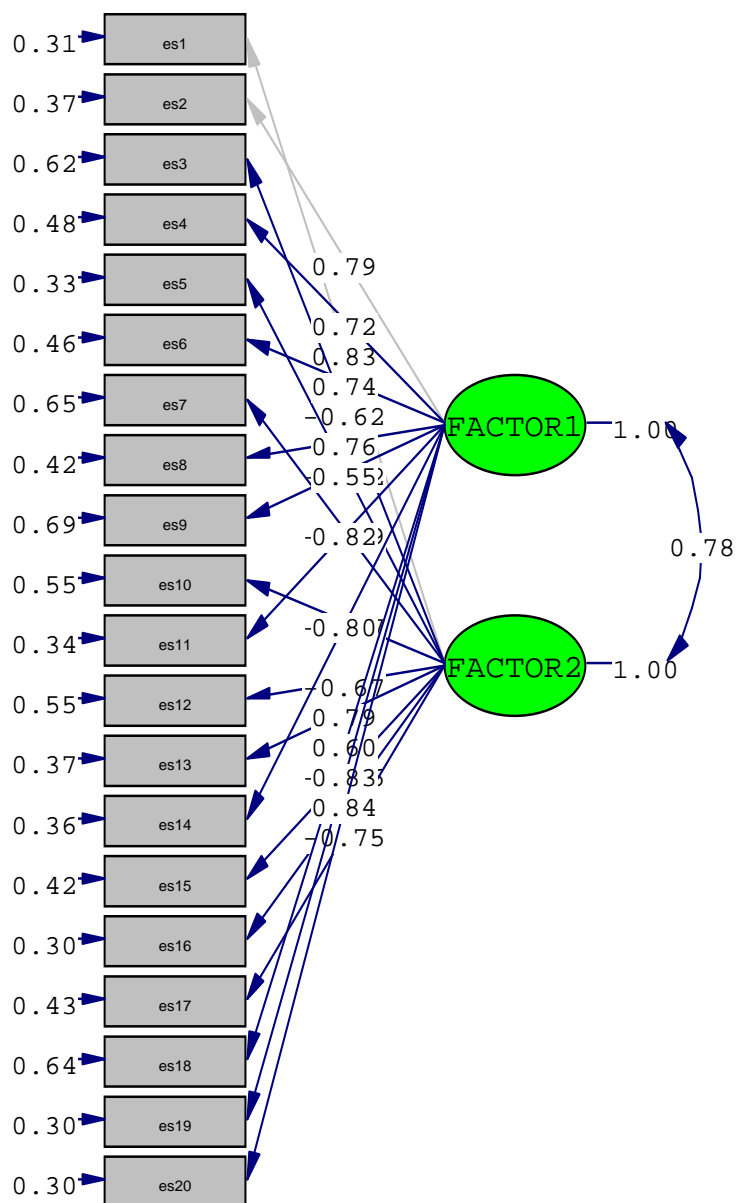
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	
2	,777	1,000

Estadísticos de Ajuste

gl.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
169	1507.39	.09	.96	.97	.97	.05

DIAGRAMA PATH

**Escala I de Afecto. Puntuación de los hijos hacia la madre**

El estadístico KMO tiene un valor de 0,948 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 20814,45, los g.l. son 190 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A5. Estadísticos descriptivos de la Escala I del Afecto-hacia la madre

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Mi madre me acepta tal como soy	3,77	,588	-3,050	10,665
A mi madre si tengo un problema puedo contárselo	3,38	,961	-1,544	1,697
Mi madre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago	2,79	1,059	-,810	,174
Mi madre me dedica su tiempo	3,17	,934	-1,129	,961
Siento que soy un estorbo para mi madre	3,62	,829	-2,478	5,980
Mi madre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	3,24	1,005	-1,272	,952
Pongo nerviosa a mi madre, la altero	2,66	1,084	-,533	-,330
Mi madre es cariñosa conmigo	3,59	,746	-1,986	3,860
Mi madre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	2,63	1,207	-,537	-,678
A mi madre lo que hago le parece mal	2,96	,890	-,814	,776
Mi madre me consuela cuando estoy triste	3,43	,984	-1,809	2,626
Mi madre está a disgusto cuando yo estoy en casa	3,70	,801	-3,113	9,616
Sé que mi madre confía en mí	3,49	,886	-1,951	3,610
Mi madre dedica tiempo a hablar conmigo	3,10	,997	-1,018	,456
Mi madre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme	3,57	,853	-2,429	6,016
Mi madre está contenta de tenerme como hijo/a	3,76	,668	-3,285	11,920
A mi madre le gustaría que fuera diferente	3,39	1,012	-1,744	2,380
Mi madre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	2,87	1,082	-,763	-,075
Puedo contar con mi madre cuando la necesito	3,65	,748	-2,481	6,437
Mi madre me da confianza para que le cuente mis cosas	3,35	,987	-1,554	1,821

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5

1.- Error Típico ,045

2.- Error Típico ,089

Tabla A6. Matriz de configuración. (a)

	Factor	
	1	2
Mi madre dedica tiempo a hablar conmigo	,790	-,102
Mi madre me da confianza para que le cuente mis cosas	,737	,008
Mi madre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	,697	-,052
A mi madre si tengo un problema puedo contárselo	,662	,032
Mi madre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	,621	-,222
Puedo contar con mi madre cuando la necesito	,579	,176
Mi madre me consuela cuando estoy triste	,564	,148
Mi madre me dedica su tiempo	,562	,022
Mi madre es cariñosa conmigo	,463	,240
Mi madre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	,434	,063
A mi madre le gustaría que fuera diferente	,057	-,728
Mi madre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme	,057	-,670
Siento que soy un estorbo para mi madre	,026	-,629
A mi madre lo que hago le parece mal	,021	-,598
Mi madre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago	,006	-,584
Mi madre me acepta tal como soy	,068	,581
Pongo nerviosa a mi madre, la altero	,080	-,577
Mi madre está contenta de tenerme como hijo/a	,094	,573
Mi madre está a disgusto cuando yo estoy en casa	,057	-,485
Sé que mi madre confía en mí	,279	,438
Auto valores	7,206	1,813
Porcentaje de varianza	32,983	5,969

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tabla A7. Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	,673
2	,673	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

Tabla A8. Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,897	20
EA1hm. Escala de Afecto	,861	10
EA2hm. Escala de Crítica	,837	10

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO HIJO-MADRE

	FACTOR1	FACTOR2	Comunalidades
Es1.-Mi madre me acepta tal como soy		.831	.309
Es2.-A mi madre si tengo un problema puedo contárselo	.771		.406
Es3.-Mi padre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago		-.640	.590
Es4.-Mi madre me dedica su tiempo	.627		.607
Es5.-Siento que soy un estorbo para mi madre		-.774	.401
Es6.-Mi madre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	.710		.496
Es7.-Pongo nervioso a mi madre, la altero		-.576	.668
Es8.-Mi madre es cariñoso conmigo	.762		.420
Es9.-Mi madre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	.476		.773
Es10.-A mi madre lo que hago le parece mal		-.630	.603
Es11.-Mi madre me consuela cuando estoy triste	.761		.421
Es12.-Mi madre está a disgusto cuando yo estoy en casa		-.647	.582
Es13.-Sé que mi madre confía en mí		.751	.436
Es14.-Mi madre dedica tiempo a hablar conmigo	.738		.456
Es15.-Mi madre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme		-.720	.481
Es16.-Mi madre está contenta de tenerme como hijo/a		.822	.325
Es17.-A mi madre le gustaría que fuera diferente		-.781	.390
Es18.-Mi madre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	.569		.677
Es19.-Puedo contar con mi madre cuando lo necesito	.867		.244
Es20.-Mi madre me da confianza para que le cuente mis cosas	.815		.335

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

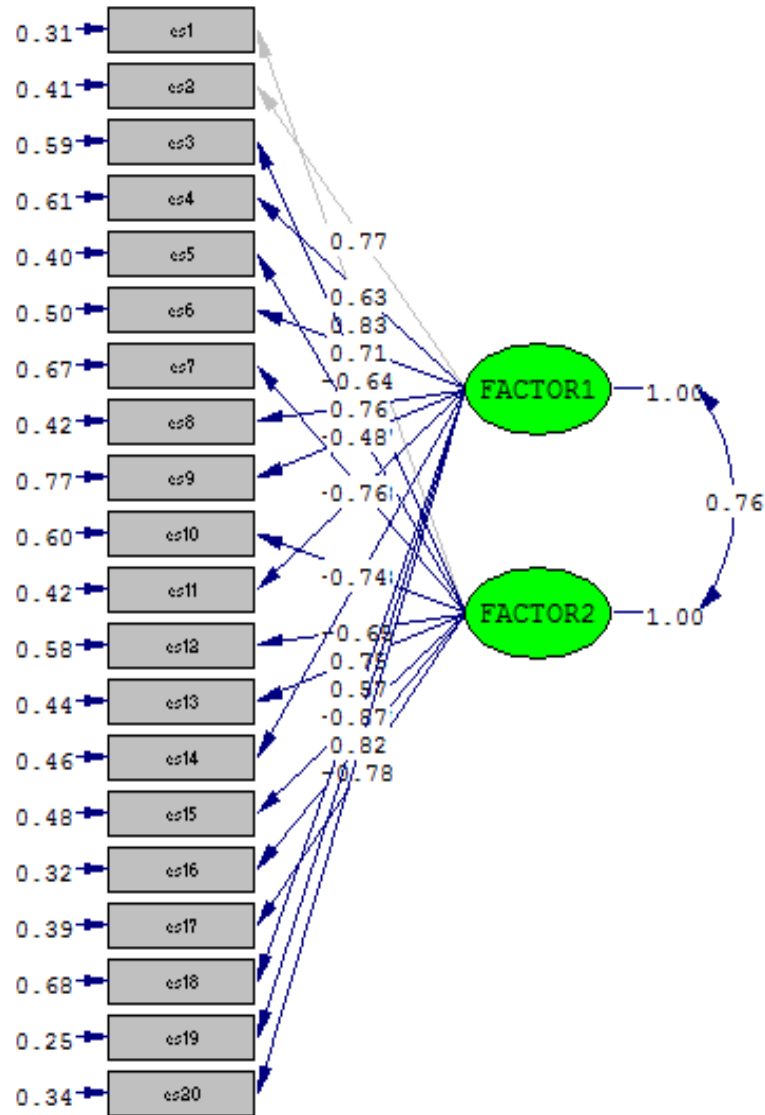
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	
2	,764	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
169	1795.44	.09	.95	.96	.96	.05

DIAGRAMA PATH



Escala I de Afecto. Puntuación de los padres hacia los hijos

El estadístico KMO tiene un valor de 0,898 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 11674,99, los g.l. son 190 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A9. Estadísticos descriptivos de la Escala I de Afecto-padre hacia los hijos.

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Acepto a mi hijo/a tal como es	3,71	,566	-2,087	5,021
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	3,58	,813	-2,032	3,625
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace	2,60	,831	-,229	,241
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	2,88	,890	-,620	,098
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mi	3,87	,509	-5,178	30,833
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	3,19	,891	-,964	,526
Mi hijo/a me pone nervioso, me altera	2,68	,904	-,262	-,174
Soy cariñoso con mi hijo/a	3,33	,813	-1,188	1,174
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	2,27	1,088	-,218	-,568
Lo que hace mi hijo/a me parece mal	2,81	,763	-,328	,411
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	3,37	,945	-1,430	1,322
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa	3,86	,587	-5,009	26,542
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella	3,49	,780	-1,646	2,735
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	2,88	,876	-,604	,194
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a	3,39	,829	-1,593	2,898
Estoy contento de tenerlo/a como hijo/a	3,94	,349	-7,987	74,237
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente	3,38	,906	-1,434	1,593
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	2,88	,904	-,426	-,354
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	3,89	,420	-4,565	25,124
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	3,49	,789	-1,643	2,501

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5 1.- Error Típico ,045 2.- Error Típico ,089

Tabla A10. Matriz de configuración. (a)

	Factor	
	1	2
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	,758	,058
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	,707	,041
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	,640	-,002
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	,625	,111
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	,619	-,060
Soy cariñoso con mi hijo/a	,586	-,097
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella	,548	-,147
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	,511	-,039
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	,483	,023
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	,470	-,060
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	,412	-,041
Mi hijo/a me pone nervioso, me altera	,108	,693
Lo que hace mi hijo/a me parece mal	,059	,595
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace	-,013	,547
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a	-,045	,536
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente	-,081	,500
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mi	-,068	,267
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa	-,095	,215
Estoy contento de tenerlo/a como hijo/a	,133	-,210
Auto valores	5,295	1,702
Porcentaje de varianza	21,343	5,177

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tabla A11. Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	-,487
2	-,487	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

Tabla A12. Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,852	20
EA1p. Escala de Afecto	,895	10
EA2p. Escala de Crítica	,733	10

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO PADRE-HIJO

	FACTOR1	FACTOR2	Comunalidades
Acepto a mi hijo/a tal como es		.614	.623
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	.613		.624
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace		-.490	.760
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	.694		.519
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mí		-.570	.675
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	.632		.601
Mi hijo/a me pone nervioso, me altera		-.554	.693
Soy cariñoso con mi hijo/a	.734		.461
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	.524		.726
Lo que hace mi hijo/a me parece mal		-.532	.717
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	.781		.391
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa		-.567	.678
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella		.680	.537
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	.783		.387
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a		-.654	.573
Estoy contento de tenerlo/a como hijo/a		.739	.453
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente		-.694	.518
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	.604		.635
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	.747		.442
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	.763		.418

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

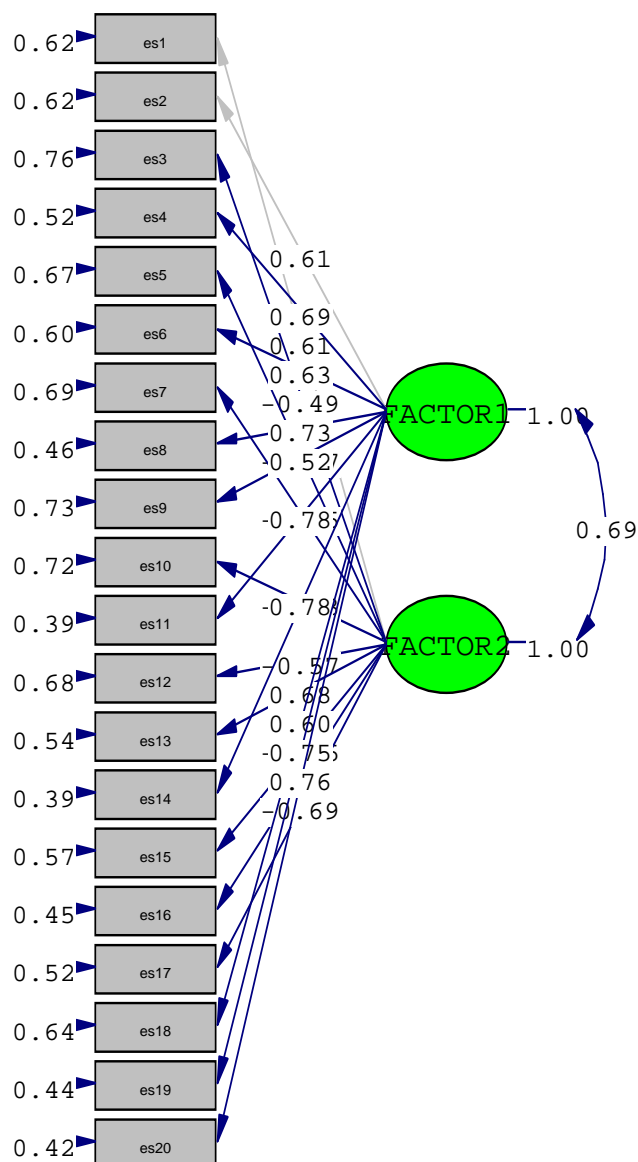
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	
2	,693	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
169	2471.53	.11	.91	.91	.91	.07

DIAGRAMA PATH

**Escala I de Afecto.** Puntuación de las madres hacia los hijos

El estadístico KMO tiene un valor de 0,909 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 14232,45, los g.l. son 190 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A13. Estadísticos descriptivos de la Escala I de Afecto- madre hacia el hijo

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Acepto a mi hijo/a tal como es	3,73	,576	-2,248	5,576
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	3,79	,596	-3,297	11,583
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace	2,55	,827	-,200	,214
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	3,28	,778	-1,131	1,729
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mi	3,87	,527	-5,297	31,198
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	3,48	,715	-1,441	2,601
Mi hijo/a me pone nervioso, me altera	2,49	,884	-,081	-,042
Soy cariñoso con mi hijo/a	3,52	,700	-1,545	2,837
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	2,77	1,148	5,725	159,464
Lo que hace mi hijo/a me parece mal	2,77	,740	-,268	,489
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	3,75	,660	-3,033	9,904
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa	3,88	,555	-5,541	32,513
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella	3,57	,729	-1,967	4,506
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	3,28	,729	-,871	,893
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a	3,37	,811	-1,456	2,489
Estoy contento de tenerlo/a como hijo/a	3,93	,416	-7,508	61,904
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente	3,37	,895	-1,404	1,563
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	3,10	,850	-,711	,178
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	3,94	,291	-6,276	49,874
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	3,79	,508	-2,897	10,379

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5 1.- Error Típico ,045 2.- Error Típico ,089

Tabla A14. Matriz de configuración. (a)

	Factor	
	1	2
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	,657	-,013
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	,644	,065
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	,588	,052
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	,525	-,036
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	,489	,041
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	,473	,006
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	,468	,056
Soy cariñosa con mi hijo/a	,466	-,181
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	,438	,017
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella	,388	-,263
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	,301	-,101
Estoy contenta de tenerlo/a como hijo/a	,194	-,160
Mi hijo/a me pone nerviosa, me altera	,160	,720
Lo que hace mi hijo/a me parece mal	,063	,613
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente	-,039	,602
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace	,037	,573
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a	-,104	,525
Acepto a mi hijo/a tal como es	,157	-,378
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mi	-,160	,184
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa	-,122	,148
Auto valores	5,455	1,873
Porcentaje de varianza	24,046	6,029

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tabla A15. Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	-,560
2	-,560	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

Tabla A16. Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,826	20
EA1m. Escala de Afecto	,751	10
EA2m. Escala de Crítica	,751	10

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO MADRE-HIJO

	FACTOR1	FACTOR2	Comunalidades
Acepto a mi hijo/a tal como es		.614	.623
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	.613		.624
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace		-.490	.760
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	.694		.519
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mi		-.570	.675
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	.632		.601
Mi hijo/a me pone nervioso, me altera		-.554	.693
Soy cariñoso con mi hijo/a	.734		.461
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	.524		.726
Lo que hace mi hijo/a me parece mal		-.532	.717
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	.781		.391
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa		-.567	.678
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella		.680	.537
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	.783		.387
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a		-.654	.573
Estoy contento de tenerlo/a como hijo/a		.739	.453
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente		-.694	.518
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	.604		.635
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	.747		.442
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	.763		.418

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

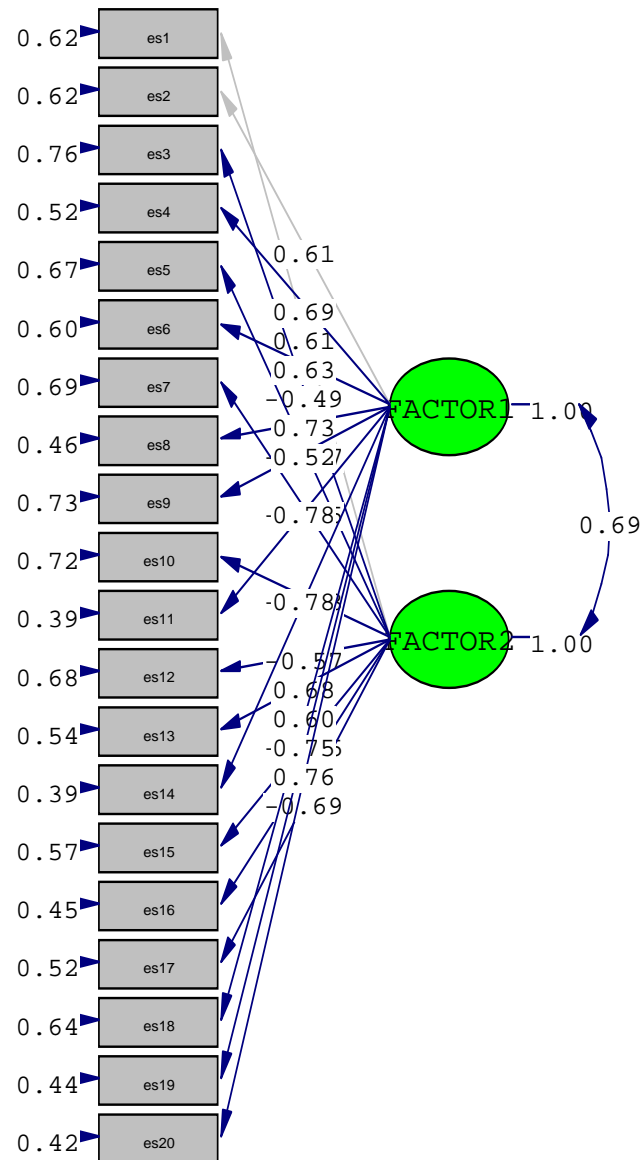
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2
1	1,000	
2	,693	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
169	2471.53	.11	.91	.91	.91	.07

DIAGRAMA PATH



Escala II de Normas. Puntuación de los hijos hacia el padre

El estadístico KMO tiene un valor de 0,876 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 20328,08, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A17. Estadísticos descriptivos de la Escala II de Normas-hijos hacia padre

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Mi padre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	3,07	1,141	-1,085	,218
Mi padre intenta controlar mi vida en todo momento	2,51	1,254	-,570	-,665
Mi padre me dice que sí a todo lo que le pido	2,71	,986	-,448	-,211
Mi padre me dice que en casa manda él	2,04	1,471	-,065	-1,373
Con mi padre, si desobedezco, no pasa nada	3,24	1,085	-1,511	1,605
Mi padre antes de castigarme escucha mis razones	2,69	1,297	-,609	-,810
Mi padre me da libertad total para que haga lo que quiera	2,79	1,066	-,605	-,309
Mi padre me explica lo importantes que son las normas	2,91	1,196	-,871	-,219
Mi padre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	2,73	1,193	-,765	-,250
Con mi padre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	3,59	,811	-2,369	5,899
Mi padre me explica por qué debo cumplir las normas	3,00	1,140	-,950	-,042
Mi padre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	2,00	1,400	-,056	-1,258
Mi padre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	3,08	1,033	-1,076	,624
Mi padre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	3,36	,953	-1,506	1,672
Con mi padre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	1,63	1,264	,268	-,979
A mi padre le da igual que obedezca o desobedezca	3,76	,651	-3,383	12,931
Mi padre razona y acuerda las normas conmigo	2,73	1,268	-,684	-,628
Mi padre me exige respeto absoluto a su autoridad	1,36	1,347	,609	-,858
Mi padre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	2,99	1,186	-,967	-,109
Mi padre me dice que los padres siempre llevan la razón	2,08	1,405	-,104	-1,243
Mi padre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	2,58	1,175	-,505	-,549
Si mi padre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	3,08	1,216	-1,117	,058
Mi padre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	2,98	1,117	-1,018	,360
Con tal de que sea feliz, mi padre me deja que haga lo que quiera	2,92	1,042	-,794	,068
A mi padre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	2,38	1,327	-,426	-,945
Mi padre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	3,34	,956	-1,543	1,974
Mi padre me agobia porque siempre está pendiente de mí	2,77	1,162	-,803	-,107
A medida que me hago mayor, mi padre me da más responsabilidades	3,13	1,038	-1,093	,498
Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5 1.- Error Típico ,045 2.- Error Típico ,089				

Tabla A18. Matriz de configuración. (a)

	Factor			Comunalidades
	1	2	3	
Mi padre me explica por qué debo cumplir las normas	,748	,111	-,089	,585
Mi padre me explica lo importantes que son las normas	,683	,125	-,071	,485
Mi padre razona y acuerda las normas conmigo	,670	-,135	,059	,468
Mi padre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	,662	,114	-,104	,460
Mi padre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	,600	,189	-,160	,421
Mi padre antes de castigarme escucha mis razones	,580	-,325	,152	,465
Mi padre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	,571	-,250	,096	,399
Si mi padre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	,548	-,274	,081	,381
Mi padre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	,539	-,049	-,016	,291
A medida que me hago mayor, mi padre me da más responsabilidades	,433	,110	-,086	,206
Mi padre me dice que los padres siempre llevan la razón	-,014	,611	,053	,377
Con mi padre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	,045	,558	-,047	,317
Mi padre me dice que en casa manda él	-,063	,545	-,084	,308
Mi padre me exige respeto absoluto a su autoridad	,126	,540	-,055	,308
Mi padre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	-,015	,513	-,064	,267
Mi padre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	,106	,486	-,032	,247

Mi padre intenta controlar mi vida en todo momento	-,057	,451	,015	,208
Mi padre me agobia porque siempre está pendiente de mi	-,175	,435	,041	,222
Mi padre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	-,259	,338	,118	,195
A mi padre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	,025	,252	,074	,070
Con tal de que sea feliz, mi padre me deja que haga lo que quiera	,069	-,003	,666	,447
Mi padre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	,101	-,023	,544	,305
Mi padre me dice que sí a todo lo que le pido	,064	-,004	,543	,302
Mi padre me da libertad total para que haga lo que quiera	,085	-,124	,539	,312
Con mi padre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	-,130	,100	,417	,201
Mi padre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	-,089	,128	,410	,192
A mi padre le da igual que obedezca o desobedezca	-,231	,005	,403	,215
Con mi padre, si desobedezco, no pasa nada	-,096	-,074	,389	,165
Auto valores	4,632	3,457	2,714	
Porcentaje de varianza	14,434	9,884	7,169	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A19. Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,755	28
ENE1hp. Estilo Democrático	,849	10
ENE2hp. Estilo Autoritario	,745	10
ENE3hp. Estilo Negligente	,712	8

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO HIJO-PADRE

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	Comunalidades
Mi padre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	0.471			.778
Mi padre intenta controlar mi vida en todo momento		0.474		.775
Mi padre me dice que sí a todo lo que le pido			0.537	.711
Mi padre me dice que en casa manda él		0.605		.634
Con mi padre, si desobedezco, no pasa nada			0.479	.771
Mi padre antes de castigarme escucha mis razones	0.508			.742
Mi padre me da libertad total para que haga lo que quiera			0.421	.823
Mi padre me explica lo importantes que son las normas	0.773			.403
Mi padre me impone castigos muy duros para que no desobedezca		0.481		.768
Con mi padre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero			0.569	.676
Mi padre me explica por qué debo cumplir las normas	0.813			.339
Mi padre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda		0.529		.720
Mi padre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir			0.595	.646
Mi padre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	0.765			.416
Con mi padre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice		0.715		.488
A mi padre le da igual que obedezca o desobedezca			0.563	.683
Mi padre razona y acuerda las normas conmigo	0.546			.702
Mi padre me exige respeto absoluto a su autoridad		0.696		.515
Mi padre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	0.699			.511

Mi padre me dice que los padres siempre llevan la razón	0.709		.497
Mi padre consiente que haga lo que me gusta en todo momento		0.525	.725
Si mi padre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	0.524		.725
Mi padre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	0.332		.890
Con tal de que sea feliz, mi padre me deja que haga lo que quiera		0.703	.506
A mi padre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	0.367		.866
Mi padre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	0.539		.710
Mi padre me agobia porque siempre está pendiente de mí	0.415		.827
A medida que me hago mayor, mi padre me da más responsabilidades	0.421		.823

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

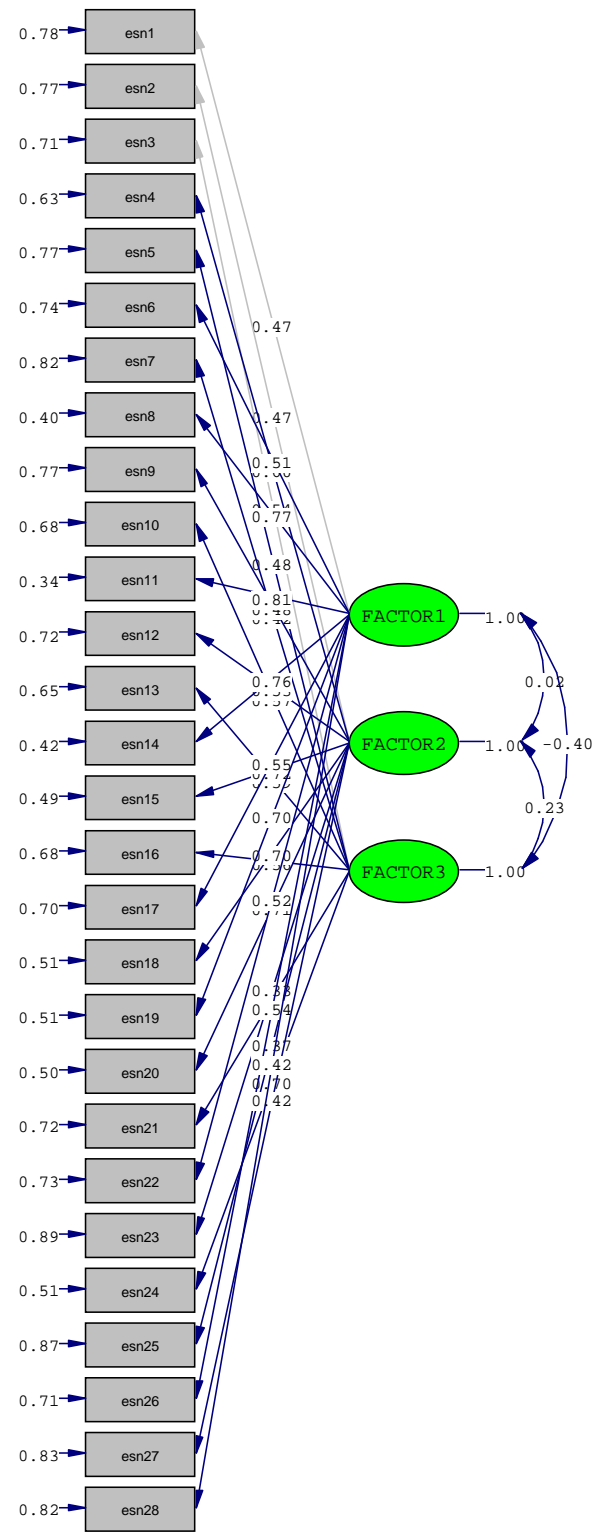
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1,000		
2	.023	1,000	
3	-.399	.226	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
347	2670.82	.08	.86	.88	.88	.09

DIAGRAMA PATH



Escala II de Normas. Puntuación de los hijos hacia la madre

El estadístico KMO tiene un valor de 0,867 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 18618,36, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A20.- Estadísticos descriptivos de la Escala II de Normas-Hijos hacia madre.

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Mi madre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	3,14	1,086	-1,163	,526
Mi madre intenta controlar mi vida en todo momento	2,31	1,299	-,390	-,932
Mi madre me dice que sí a todo lo que le pido	2,76	,947	-,429	-,206
Mi madre me dice que en casa manda ella	2,08	1,459	-,119	-1,343
Con mi madre, si desobedezco, no pasa nada	3,25	1,064	-1,526	1,698
Mi madre antes de castigarme escucha mis razones	2,79	1,233	-,689	-,629
Mi madre me da libertad total para que haga lo que quiera	2,83	1,052	-,663	-,183
Mi madre me explica lo importantes que son las normas	3,04	1,123	-,997	,107
Mi madre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	2,74	1,178	-,747	-,245
Con mi madre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	3,59	,773	-2,305	5,774
Mi madre me explica por qué debo cumplir las normas	3,13	1,067	-1,107	,416
Mi madre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	1,99	1,399	-,045	-1,261
Mi madre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	3,09	1,031	-1,102	,726
Mi madre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	3,46	,871	-1,646	2,242
Con mi madre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	1,59	1,252	,290	-,956
A mi madre le da igual que obedezca o desobedezca	3,78	,612	-3,524	14,123
Mi madre razona y acuerda las normas conmigo	2,89	1,199	-,856	-,263
Mi madre me exige respeto absoluto a su autoridad	1,36	1,348	,606	-,871
Mi madre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	3,09	1,136	-1,136	,403
Mi madre me dice que los padres siempre llevan la razón	2,08	1,383	-,101	-1,200
Mi madre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	2,60	1,182	-,522	-,549
Si mi madre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	3,26	1,063	-1,355	,914
Mi madre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	2,86	1,160	-,842	-,103
Con tal de que sea feliz, mi madre me deja que haga lo que quiera	2,95	1,024	-,798	,103
A mi madre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	2,13	1,357	-,188	-1,142
Mi madre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	3,44	,875	-1,661	2,508
Mi madre me agobia porque siempre está pendiente de mí	2,54	1,256	-,573	-,637
A medida que me hago mayor, mi madre me da más responsabilidades	3,20	,999	-1,181	,803

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5

1.- Error Típico ,045

2.- Error Típico ,089

Tabla A21.-Matriz de configuración. (a)

	Factor			Comuna lidades
	1	2	3	
Mi madre me explica por qué debo cumplir las normas	,745	,089	-,069	,570
Mi madre me explica lo importantes que son las normas	,657	,120	-,060	,448
Mi madre razona y acuerda las normas conmigo	,650	-,144	,070	,446
Mi madre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	,624	,128	-,106	,416
Mi madre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	,597	,211	-,149	,424

Mi madre antes de castigarme escucha mis razones	,529	-,326	,140	,404
Mi madre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	,519	-,257	,062	,340
Mi madre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	,514	-,046	-,016	,264
Si mi madre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	,500	-,298	,038	,338
A medida que me hago mayor, mi madre me da más responsabilidades	,358	,057	-,078	,137
Mi madre me dice que los padres siempre llevan la razón	,005	,596	,068	,360
Mi madre me dice que en casa manda ella	-,011	,551	-,052	,305
Con mi madre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	,063	,539	-,020	,298
Mi madre me exige respeto absoluto a su autoridad	,189	,518	-,025	,302
Mi madre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	-,034	,502	-,065	,258
Mi madre me agobia porque siempre está pendiente de mí	-,213	,479	,027	,277
Mi madre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	,126	,474	-7,96E-005	,241
Mi madre intenta controlar mi vida en todo momento	-,099	,471	,063	,236
Mi madre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	-,240	,385	,100	,218
A mi madre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	-,005	,301	,062	,095
Con tal de que sea feliz, mi madre me deja que haga lo que quiera	,038	,005	,644	,415
Mi madre me da libertad total para que haga lo que quiera	,068	-,137	,555	,330
Mi madre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	,083	-,030	,554	,313
Mi madre me dice que sí a todo lo que le pido	,043	-,004	,542	,298
A mi madre le da igual que obedezca o desobedezca	-,190	,027	,379	,178
Con mi madre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	-,129	,132	,378	,175
Mi madre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	-,073	,172	,373	,173
Con mi madre, si desobedezco, no pasa nada	-,050	-,013	,360	,131
Auto valores	4,342	3,415	2,661	
Porcentaje de varianza	13,259	9,737	6,968	

Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

Tabla A22.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,751	28
ENE1hm. Estilo Democrático	,825	10
ENE2hm. Estilo Autoritario	,753	10
ENE3hm. Estilo Negligente	,694	8

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO HIJO-MADRE

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	Comunalidades
Mi madre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	0.537			.712
Mi madre intenta controlar mi vida en todo momento		0.497		.753
Mi madre me dice que sí a todo lo que le pido			0.565	.680
Mi madre me dice que en casa manda ella		0.623		.612
Con mi madre, si desobedezco, no pasa nada			0.405	.836
Mi madre antes de castigarme escucha mis razones	0.536			.713
Mi madre me da libertad total para que haga lo que quiera			0.641	.589
Mi madre me explica lo importantes que son las normas	0.785			.384
Mi madre me impone castigos muy duros para que no desobedezca		0.528		.722
Con mi madre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero			0.447	.800
Mi madre me explica por qué debo cumplir las normas	0.839			.296
Mi madre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda		0.546		.702

Mi madre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir			0.441	.805
Mi madre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	0.712			.493
Con mi madre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice		0.618		.618
A mi madre le da igual que obedezca o desobedezca			0.550	.698
Mi madre razona y acuerda las normas conmigo	0.679			.539
Mi madre me exige respeto absoluto a su autoridad		0.617		.620
Mi madre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	0.685			.531
Mi madre me dice que los padres siempre llevan la razón		0.680		.537
Mi madre consiente que haga lo que me gusta en todo momento			0.617	.620
Si mi madre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	0.526			.724
Mi madre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a		0.376		.858
Con tal de que sea feliz, mi madre me deja que haga lo que quiera			0.715	.489
A mi madre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo		0.277		.923
Mi madre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	0.616			.620
Mi madre me agobia porque siempre está pendiente de mí		0.464		.784
A medida que me hago mayor, mi madre me da más responsabilidades	0.449			.799

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

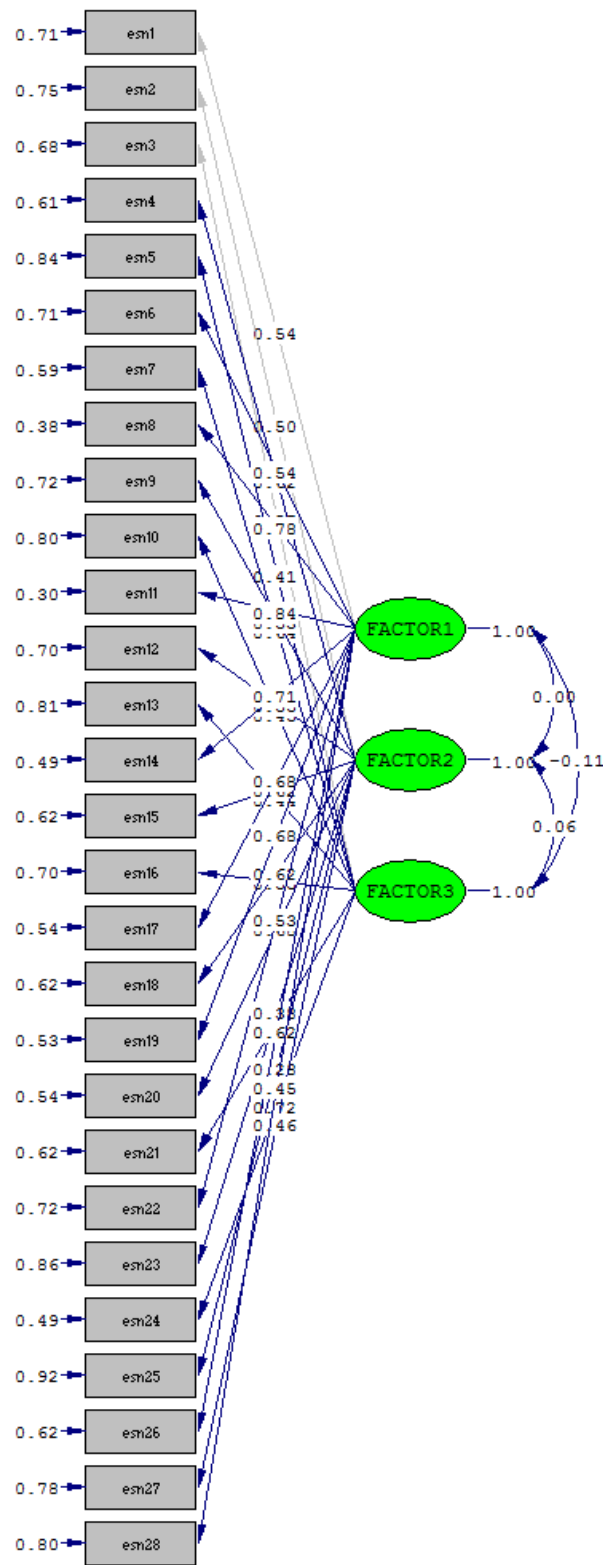
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1,000		
2	.001	1,000	
3	-.113	.062	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
347	3343.12	.10	.83	.84	.84	.10

DIAGRAMA PATH



Escala II de Normas. Puntuación del padre al hijo

El estadístico KMO tiene un valor de 0,868 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 18151,63, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A23.- Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	3,40	,852	-1,442	1,808
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	2,21	1,151	-,250	-,693
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	2,52	,930	-,070	-,362
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	2,24	1,326	-,273	-1,013
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	3,09	,988	-1,158	1,185
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	3,30	,893	-1,279	1,367
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	2,89	1,016	-,584	-,389
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	3,50	,775	-1,739	3,208
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	3,20	,926	-1,180	1,228
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	3,54	,770	-1,947	4,183
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	3,51	,770	-1,765	3,385
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	1,93	1,356	,076	-1,179
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	3,28	,872	-1,167	1,127
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	3,53	,716	-1,611	2,722
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	2,55	1,184	-,500	-,567
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	3,88	,461	-5,009	30,245
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	3,03	,961	-,795	,115
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	1,73	1,412	,218	-1,244
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	3,23	,964	-1,293	1,347
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	2,46	1,268	-,363	-,896
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	2,79	1,058	-,516	-,442
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	3,27	,946	-1,221	,966
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	3,13	,956	-1,054	,852
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	3,31	,884	-1,237	1,186
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	2,30	1,197	-,295	-,645
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	3,52	,723	-1,757	3,847
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	2,70	,983	-,532	-,037
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	3,12	,866	-,783	,282

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5

1.- Error Típico ,045

2.- Error Típico ,089

Tabla A24.- Matriz de configuración. (a)

	Factor			Comunalidades
	1	2	3	
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,715	,096	-,099	,530
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	,651	,155	-,088	,456
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,621	,206	-,124	,443
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	,604	-,100	,017	,373
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,568	,244	-,180	,413
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	,546	-,257	,072	,367

Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,523	-,145	-,012	,294
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	,516	-,041	-,078	,274
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,471	-,177	-,021	,252
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,395	,030	-,198	,194
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	,104	,653	-,034	,438
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	-,011	,648	,113	,432
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	-,049	,645	,031	,421
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	-,056	,616	-,060	,386
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	-,056	,454	-,046	,210
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	,053	,447	-,009	,203
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	,043	,442	,098	,208
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	-,064	,365	,134	,155
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	-,016	,301	,153	,114
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	-,166	,256	,254	,158
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	-,069	,064	,641	,415
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	,010	,057	,571	,331
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	,036	,082	,526	,283
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	-,252	,135	,421	,260
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	,051	-,103	,410	,187
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	-,158	,120	,409	,207
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	-,145	,009	,334	,129
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	-,240	,020	,242	,118
Auto valores	4,426	3,529	2,308	
Porcentaje de varianza	13,430	10,264	5,750	

Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A25.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,769	28
ENE1p. Estilo Democrático	,817	10
ENE2p. Estilo Autoritario	,761	10
ENE3p. Estilo Negligente	,679	8

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO PADRE-HIJO

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	Comunalidades
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	0.570			.676
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento		0.421		.823
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a			0.497	.753
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo		0.676		.543
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada			0.517	.732
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	0.592			.649
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera			0.359	.871
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	0.769			.409
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca		0.498		.752
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere			0.592	.650
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	0.837			.299
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda		0.473		.776
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir			0.625	.609
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se	0.750			.438

debe hacer			
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	0.750		.438
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca		0.575	.669
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	0.635		.597
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	0.715		.489
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	0.710		.496
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	0.721		.481
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento		0.509	.741
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	0.586		.657
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	0.278		.923
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera		0.630	.603
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	0.310		.904
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	0.605		.634
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	0.322		.896
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	0.503		.747

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

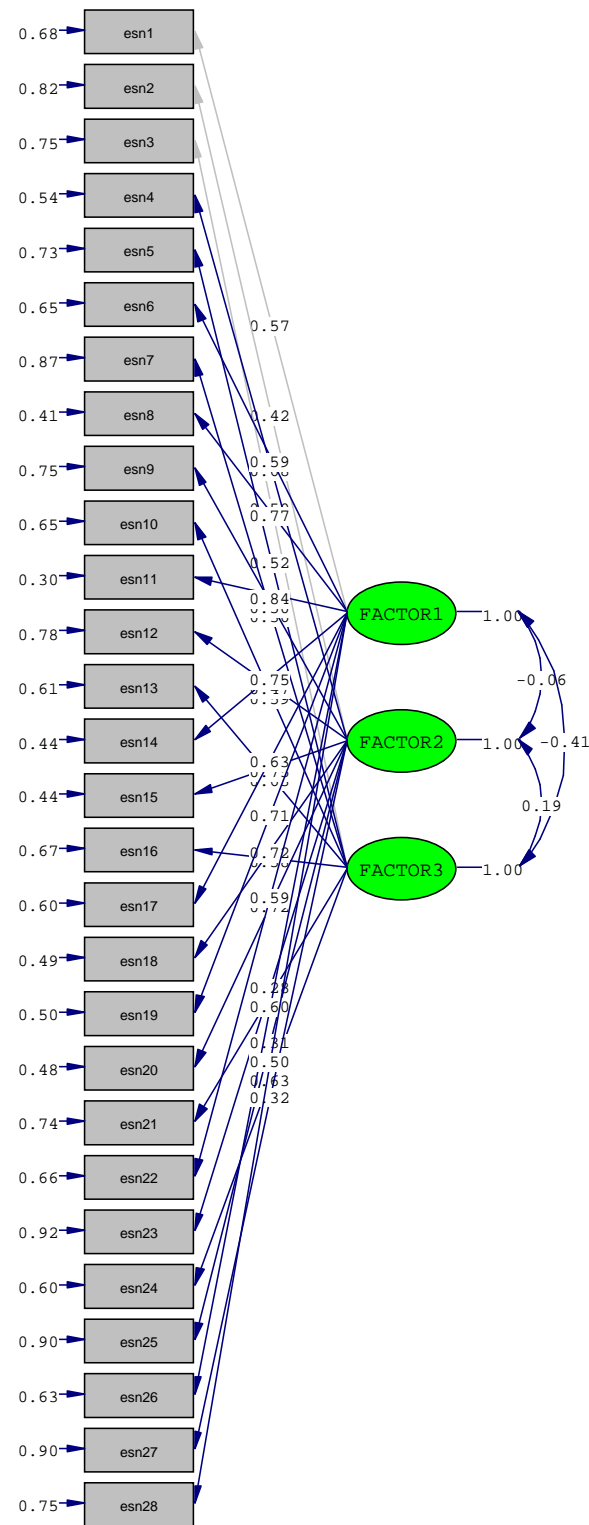
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1,000		
2	-.058	1,000	
3	-.412	.189	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
347	2957.08	.09	.86	.87	.87	.09

DIAGRAMA PATH



Escala II de Normas. Puntuación de la madre al hijo

El estadístico KMO tiene un valor de 0,852 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 16335,88, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A26.- Estadísticos descriptivos

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	3,33	,824	-1,172	1,151
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	2,03	1,273	4,728	115,516
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	2,63	,889	-,101	-,431
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	2,07	1,286	-,180	-,969
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	3,11	1,008	-1,226	1,281
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	3,29	,874	-1,060	,496
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	3,03	,952	-,700	-,136
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	3,65	,646	-2,095	5,109
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	3,16	,988	-1,149	,938
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	3,54	,763	-1,867	3,723
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	3,64	,650	-2,102	5,224
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	1,93	1,356	,046	-1,177
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	3,27	,848	-1,098	1,030
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	3,69	,573	-1,974	4,469
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	2,44	1,176	-,410	-,614
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	3,91	,425	-5,992	41,979
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	3,08	,926	-,860	,354
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	1,47	1,361	,470	-1,026
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	3,42	,859	-1,583	2,347
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	2,38	1,255	-,285	-,905
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	2,91	,987	-,584	-,228
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	3,38	,874	-1,309	1,046
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	3,10	,970	-,924	,379
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	3,39	,840	-1,429	1,925
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	2,12	1,217	-,191	-,741
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	3,61	,665	-1,973	4,720
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	2,38	1,067	-,310	-,366
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	3,09	,869	-,684	-,124

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 5

1.- Error Típico ,045

2.- Error Típico ,089

Tabla A27.- Matriz de configuración. (a)

	Factor			Comuna lidades
	1	2	3	
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,633	,087	-,103	,416
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,566	,187	-,124	,368
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	,561	,166	-,139	,361
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	,532	-,212	,076	,335
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	,528	-,110	,045	,432
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,517	,204	-,201	,348

Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,483	-,161	,023	,259
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,467	-,145	-,042	,240
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	,455	-,040	-,103	,220
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,361	,004	-,180	,162
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	-,036	,648	,054	,422
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	,121	,643	-,029	,432
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	,002	,643	,123	,430
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	-,031	,597	-,022	,357
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	,054	,480	-,018	,233
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	-,055	,453	-,047	,211
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	-,036	,387	,185	,178
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	-,142	,383	,194	,206
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	-,032	,327	,190	,144
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	-,091	,039	,621	,392
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	,010	,026	,569	,324
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	,057	,093	,502	,267
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	-,181	,104	,436	,233
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	-,241	,127	,427	,257
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	,053	-,144	,408	,194
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	-,096	,044	,331	,120
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	-,255	,279	,279	,218
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	-,100	,081	,208	,054
Auto valores	4,171	3,349	2,254	
Porcentaje de varianza	12,271	9,639	5,503	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A28.-Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,766	28
ENE1m. Estilo Democrático	,770	10
ENE2m. Estilo Autoritario	,766	10
ENE3m. Estilo Negligente	,672	8

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO MADRE-HIJO

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	Comunalidades
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	0.471			.778
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento		0.474		.775
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a			0.537	.711
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo		0.605		.634
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada			0.479	.771
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	0.508			.742
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera			0.421	.823
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	0.773			.403
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca		0.481		.768
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere			0.569	.676
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	0.813			.339
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda		0.529		.720
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir			0.595	.646

Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	0.765		.416
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo		0.715	.488
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca		0.563	.683
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	0.546		.702
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad		0.696	.515
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	0.699		.511
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón		0.709	.497
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento		0.525	.725
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	0.524		.725
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a		0.332	.890
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera		0.703	.506
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo		0.367	.866
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	0.539		.710
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella		0.415	.827
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	0.421		.823

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$

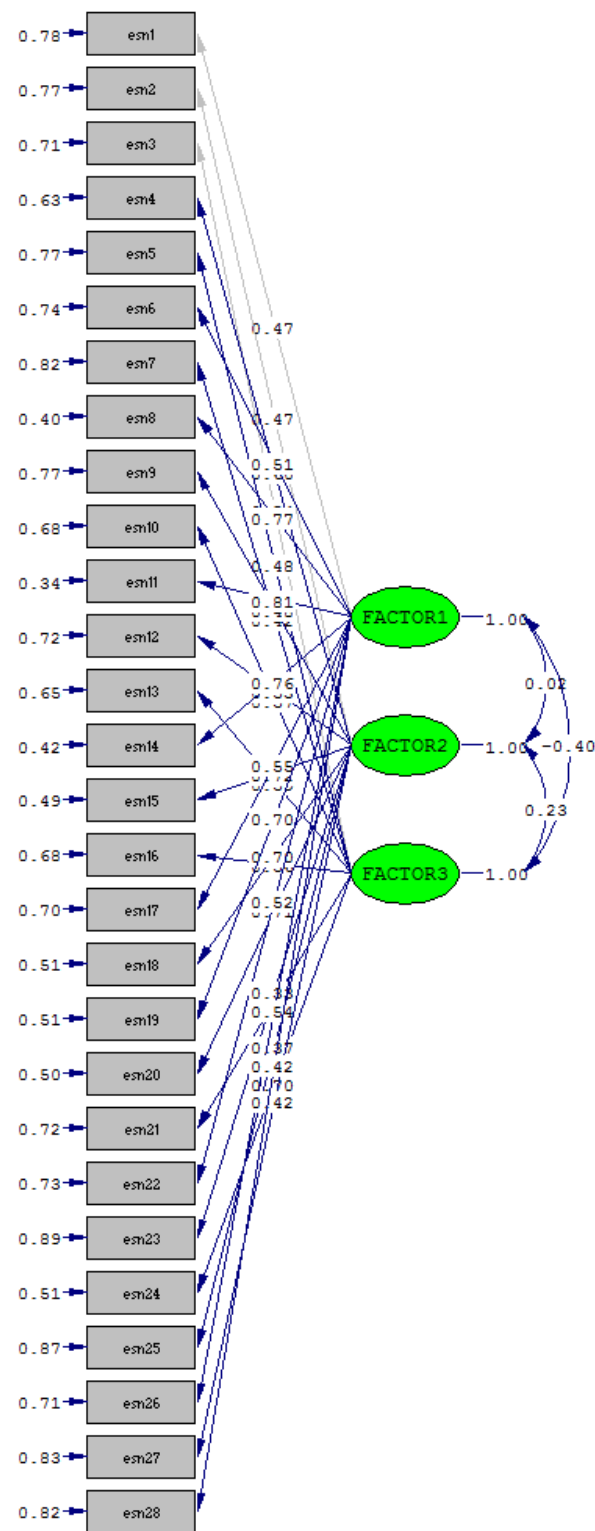
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1,000		
2	.023	1,000	
3	-.399	.226	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
347	2670.82	.09	.86	.88	.88	.09

DIAGRAMA PATH



Si se toman los datos de la Escala de Normas para cuatro factores, se distribuyen en el Análisis Factorial dividiendo el factor segundo en dos y dejando paso a un cuarto que coincidiría con una definición cercana a la sobreprotección. Este nuevo factor es útil para el trabajo individual que se desarrolla en los Talleres de Habilidades Educativas, sobre todo si se tiene en cuenta la variable de percepción de un padre sobre la acción educativa del otro. De nuevo la extracción se ha realizado con Ejes Principales y la rotación Varimax sigue resultando la más adecuada. Los factores ENE1 y ENE3 se mantienen y por tanto tienen los mismos valores ya aportados (solo se ofrecen ENE2 y ENE4 en los que se observan cambios).

Escala II de Normas. Puntuación del hijo al padre

El estadístico KMO tiene un valor de 0,876 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 20328,08, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01. Los estadísticos descriptivos, son los mismos que con tres factores y los datos de fiabilidad de las escalas nuevas resultantes se denominan ENE2 y ENE4.

Tabla A29.- Matriz de configuración. (a)

	Factor				Comuna lidades
	1	2	3	4	
Mi padre me explica por qué debo cumplir las normas	,757	-,099	,093	-,060	,596
Mi padre me explica lo importantes que son las normas	,687	-,115	,073	-,055	,494
Mi padre razona y acuerda las normas conmigo	,673	,114	-,056	,063	,463
Mi padre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	,662	-,119	,104	-,024	,472
Mi padre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	,594	-,204	,155	-,021	,419
Mi padre antes de castigarme escucha mis razones	,586	,292	-,143	,133	,467
Mi padre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	,579	,227	-,091	,095	,403
Si mi padre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	,548	,230	-,080	,139	,379
Mi padre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	,528	-,009	,008	,116	,293
A medida que me hago mayor, mi padre me da más responsabilidades	,418	-,166	,073	,079	,214
Mi padre me dice que los padres siempre llevan la razón	,034	,605	,071	,154	,372
Mi padre me exige respeto absoluto a su autoridad	-,098	,601	-,026	,021	,396
Con mi padre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	-,021	,583	-,026	,091	,349
Mi padre me dice que en casa manda él	,086	,555	-,064	,109	,331
Mi padre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	,029	,501	-,050	,139	,264
Mi padre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	-,086	,499	-,016	,086	,274
Con tal de que sea feliz, mi padre me deja que haga lo que quiera	-,064	-,001	,670	-,016	,454
Mi padre me da libertad total para que haga lo que quiera	-,068	-,054	,566	-,182	,361
Mi padre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	-,087	,020	,562	-,098	,333
Mi padre me dice que sí a todo lo que le pido	-,070	-,034	,539	,052	,299
Mi padre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	,089	,090	,406	,094	,190
Con mi padre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	,108	-,018	,399	,250	,233
A mi padre le da igual que obedezca o desobedezca	,221	-,047	,394	,090	,214
Con mi padre, si desobedezco, no pasa nada	,086	-,116	,377	,056	,166
Mi padre me agobia porque siempre está pendiente de mí	,138	,231	,007	,556	,382
Mi padre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,222	,125	,088	,535	,359
A mi padre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	-,070	,074	,042	,442	,307
Mi padre intenta controlar mi vida en todo momento	,029	,296	-,009	,437	,279
Auto valores	4,628	3,455	2,711	1,454	

Porcentaje de varianza 14,482 10,011 7,251 2,773

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A30.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,755	28
ENE1hp. Estilo Democrático	,849	10
ENE2hp. Estilo Autoritario	,740	6
ENE3hp. Estilo Negligente	,712	8
ENE4hp. Estilo Sobreprotector	,607	4

Escala II de Normas. Puntuación del hijo a la madre

El estadístico KMO tiene un valor de 0,867 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 18618,36, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A31.- Matriz de configuración. (a)

	Factor				Comuna lidades
	1	2	3	4	
Mi madre me explica por qué debo cumplir las normas	,759	-,084	,076	-,058	,592
Mi madre me explica lo importantes que son las normas	,665	-,109	,066	-,068	,463
Mi madre razona y acuerda las normas conmigo	,658	,108	-,063	,077	,454
Mi madre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	,621	-,142	,106	-,030	,418
Mi madre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	,590	-,221	,149	-,058	,423
Mi madre antes de castigarme escucha mis razones	,539	,265	-,132	,166	,406
Mi madre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	,528	,206	-,057	,137	,343
Si mi madre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	,501	,220	-,034	,188	,336
Mi madre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	,496	-,041	,008	,138	,267
A medida que me hago mayor, mi madre me da más responsabilidades	,333	-,144	,070	,117	,151
Mi madre me exige respeto absoluto a su autoridad	-,135	,599	-,007	,030	,378
Con mi madre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	-,017	,594	-,004	,077	,359
Mi madre me dice que los padres siempre llevan la razón	,025	,577	,080	,192	,377
Mi madre me dice que en casa manda ella	,049	,562	-,037	,133	,337
Mi madre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	-,093	,495	,011	,098	,263
Mi madre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	,055	,465	-,057	,192	,259
Con tal de que sea feliz, mi madre me deja que haga lo que quiera	-,036	,003	,644	-,006	,416
Mi madre me da libertad total para que haga lo que quiera	-,051	-,052	,573	-,189	,370
Mi madre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	-,072	,003	,559	-,072	,323
Mi madre me dice que sí a todo lo que le pido	-,051	-,024	,541	,029	,296
A mi madre le da igual que obedezca o desobedezca	,175	-,025	,376	,071	,171
Mi madre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	,070	,124	,372	,112	,178
Con mi madre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	,111	,029	,368	,195	,187
Con mi madre, si desobedezco, no pasa nada	,036	-,060	,353	,067	,134
Mi madre me agobia porque siempre está pendiente de mí	,170	,230	,011	,586	,425
Mi madre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,194	,144	,087	,537	,355
Mi madre intenta controlar mi vida en todo momento	,066	,274	,052	,475	,209
A mi madre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	-,044	,101	,047	,441	,307
Auto valores	4,336	3,413	2,659	1,399	
Porcentaje de varianza	13,327	9,890	7,007	2,613	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A32.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,751	28
ENE1hm. Estilo Democrático	,825	10
ENE2hm. Estilo Autoritario	,735	6
ENE3hm. Estilo Negligente	,694	8
ENE4hm. Estilo Sobreprotector	,547	4

Escala II de Normas. Puntuación del padre al hijo

El estadístico KMO tiene un valor de 0,868 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 18151,63, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A33.- Matriz de configuración. (a)

	Factor				Comunalidades
	1	2	3	4	
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,719	-,072	,118	-,066	,540
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	,657	-,118	,110	-,107	,469
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,623	-,183	,136	-,085	,447
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	,601	,091	-,010	,047	,372
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,567	-,241	,174	-,035	,364
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	,542	,241	-,067	,089	,411
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,521	,134	,016	,060	,293
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	,511	-,029	,042	,184	,298
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,470	,168	,029	,055	,253
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,386	-,124	,147	,226	,238
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	,057	,681	,079	,066	,478
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	-,099	,667	,002	,100	,465
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	,012	,640	,143	,147	,452
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	,059	,617	-,033	,117	,399
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	-,050	,455	,017	,068	,214
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	,051	,423	-,037	,156	,207
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	,065	,018	,628	,119	,413
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	-,037	,095	,561	-,018	,326
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	-,014	,001	,554	,139	,327
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	-,047	-,046	,473	-,174	,258
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	,248	,094	,416	,121	,258
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	,150	,044	,380	,204	,211
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	,136	-,027	,319	,085	,128
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	,231	,008	,248	,050	,117
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	-,004	,145	,076	,470	,248
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	,047	,215	,063	,465	,269
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,150	,107	,188	,434	,258
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	-,058	,314	,040	,427	,286
Auto valores	4,414	3,526	2,310	1,394	
Porcentaje de varianza	13,471	10,387	5,816	2,461	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A34.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,769	28
ENE1p. Estilo Democrático	,817	10
ENE2p. Estilo Autoritario	,762	6
ENE3p. Estilo Negligente	,679	8
ENE4p. Estilo Sobreprotector	,576	4

Escala II de Normas. Puntuación de la madre al hijo

El estadístico KMO tiene un valor de 0,852 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 16335,88, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A35.- Matriz de configuración. (a)

	Factor				Comunalidades
	1	2	3	4	
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,639	-,072	,122	-,026	,429
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	,572	-,141	,165	-,072	,380
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,568	-,175	,138	-,041	,374
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	,533	,206	-,066	,067	,335
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	,529	,103	-,041	,045	,294
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,516	-,209	,197	-,009	,349
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,481	,140	-,027	,078	,258
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,463	,124	,040	,093	,240
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	,440	-,023	,060	,183	,232
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,342	-,091	,120	,220	,188
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	,052	,675	,098	,080	,474
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	-,111	,671	,010	,069	,467
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	,004	,631	,143	,162	,445
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	,037	,586	-,007	,134	,363
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	-,047	,477	,000	,093	,238
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	,059	,453	-,025	,085	,216
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	,080	-,012	,598	,158	,317
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	-,052	,109	,550	-,001	,389
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	-,020	-,026	,541	,159	,319
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	-,040	-,094	,480	-,152	,264
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	,237	,085	,416	,144	,257
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	,164	,018	,385	,252	,239
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	,093	,014	,321	,089	,119
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	,094	,089	,216	,007	,064
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	,097	,216	,076	,552	,366
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,216	,119	,177	,484	,258
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	-,011	,180	,087	,467	,326
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	,003	,281	,087	,365	,220
Auto valores	4,148	3,355	2,255	1,369	
Porcentaje de varianza	12,360	9,730	5,561	2,420	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla A36.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,766	28
ENE1m. Estilo Democrático	,770	10
ENE2m. Estilo Autoritario	,763	6
ENE3m. Estilo Negligente	,672	8
ENE4m. Estilo Sobreprotector	,606	4

Heteropercepción en estilos educativos. Padres (aportación al cuestionario)

Escala de afecto del padre visto por la madre (heteropercepción)

El estadístico KMO tiene un valor de 0,780 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 775,92, los g.l. son 190 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A37.- Matriz de factores rotados(a)

	Factor		Comunalidades
	1	2	
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	,734	-,083	,546
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella	,695	,023	,483
Soy cariñoso con mi hijo/a	,694	,104	,492
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	,676	,026	,458
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	,658	-,007	,433
Acepto a mi hijo/a tal como es	,646	-,112	,430
Estoy contento de tenerlo/a como hijo/a	-,638	,052	,409
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	,634	,172	,432
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	,626	-,131	,409
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	,612	,012	,375
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	,592	-,030	,351
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	,442	-,118	,210
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	,433	,176	,219
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mí	,138	,926	,876
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a	,130	,902	,830
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente	,065	,900	,813
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa	,143	,842	,729
Lo que hace mi hijo/a me parece mal	-,167	,791	,653
Mi hijo/a me pone nervioso, me altera	-,262	,683	,535
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace	-,083	,618	,389
Auto valores	5,852	5,074	
Porcentaje de varianza	26,438	23,933	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tabla A38.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,841	20
EA1psgm. Escala de Afecto	,852	13
EA2psgm. Escala de Crítica	,922	7

Escala de afecto de la madre visto por el padre (heteropercepción)

El estadístico KMO tiene un valor de 0,745 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 924,31, los g.l. son 190 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A39.- Matriz de factores rotados(a)

	Factor		Comunalidades
	1	2	
Soy cariñosa con mi hijo/a	,805	-,037	,650
Mi hijo/a puede contar conmigo cuando lo necesita	,790	-,026	,625
Le doy confianza a mi hijo/a para que me cuente sus cosas	,713	-,096	,518
Manifiesto mi afecto a mi hijo/a con detalles que le gustan	,704	-,051	,498
Dedico tiempo a hablar con mi hijo/a	,674	,017	,455
Si mi hijo/a tiene un problema puede contármelo	,659	-,155	,458
A mi hijo/a le hago saber que confío en él/ella	,625	-,144	,411
Le hablo a mi hijo/a de los temas que son importantes para él/ella	,575	-,162	,357
Consuelo a mi hijo/a cuando está triste	,556	,005	,309
Mi hijo/a habla conmigo de lo que hace con sus amigos/as	,533	,293	,370
Estoy contenta de tenerlo/a como hijo/a	-,487	-,123	,252
Le dedico mi tiempo a mi hijo/a	,361	-,009	,130
Acepto a mi hijo/a tal como es	,281	,188	,114
Estoy a disgusto cuando mi hijo/a está en casa	,052	,965	,933
Aprovecho cualquier oportunidad para criticar a mi hijo/a	,040	,958	,919
A veces siento que mi hijo/a es un estorbo para mí	,042	,944	,893
Me gustaría que mi hijo/a fuera diferente	-,021	,921	,849
Lo que hace mi hijo/a me parece mal	-,114	,791	,638
Me enfado con mi hijo/a por cualquier cosa que hace	,026	,615	,379
Mi hijo/a me pone nerviosa, me altera	-,138	,324	,124
Auto valores	5,575	5,073	
Porcentaje de varianza	25,568	23,848	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Tabla A40.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,822	20
EA1msgp. Escala de Afecto	,842	13
EA2msgp. Escala de Crítica	,923	7

Escala de normas del padre visto por la madre (heteropercepción)

El estadístico KMO tiene un valor de 0,740 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 1132,52, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A41.- Matriz de factores rotados(a)

	Factor			Comunidades
	1	2	3	
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	,912	-,026	,017	,833
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	,898	,029	,010	,807
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	,867	,064	,169	,784
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	,866	,022	,093	,758
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	,845	-,004	,013	,714
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	,757	,000	-,040	,575
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	,726	,008	-,082	,533
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	,712	,002	,379	,651
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,663	,078	,116	,459
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	,612	-,082	,323	,485
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	,608	,190	,048	,408
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	,571	-,024	,417	,500
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	-,408	,042	,391	,321
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,138	,731	,063	,558
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,030	,697	,139	,506
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	,049	,667	-,083	,454
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,059	,650	,219	,474
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	-,193	,647	-,014	,456
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,070	,636	,087	,417
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,040	,588	,078	,353
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	-,224	,541	-,037	,344
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,049	,528	,062	,285
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	,101	,443	-,089	,215
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	,216	,071	,858	,788
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	,030	,175	,730	,565
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	,033	-,099	,640	,420
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	,435	,166	,466	,434
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	,059	,067	,401	,169
Auto valores	8,271	4,574	2,813	
Porcentaje de varianza	28,246	14,352	8,351	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

Tabla A42.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,882	28
ENE1psgm. Estilo Democrático	,911	13
ENE2psgm. Estilo Autoritario	,856	10
ENE3psgm. Estilo Negligente	,777	5

Escala de normas de la madre vista por el padre (heteropercepción)

El estadístico KMO tiene un valor de 0,691 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 1062,05, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A43.- Matriz de factores rotados(a)

	Factor			Comuna lidades
	1	2	3	
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	,898	,072	-,035	,814
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	,861	,131	-,006	,759
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	,857	,026	-,112	,748
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	,839	,076	,301	,800
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	,799	-,011	,041	,641
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	,757	-,054	,178	,607
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	,728	,099	,059	,543
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	,713	,091	,492	,759
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,638	,258	,012	,474
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	,588	,144	,192	,404
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	,541	,339	,097	,417
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,224	,819	,018	,722
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,140	,738	-,146	,585
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	,041	,680	-,059	,468
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,012	,571	,118	,340
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	-,048	,551	-,007	,306
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,220	,524	-,095	,332
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	,020	,509	-,217	,307
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	-,051	,473	,136	,245
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,192	,455	,199	,283
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,077	,206	,137	,067
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	,159	,071	,724	,555
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	,175	-,006	,649	,452
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	-,221	,066	,453	,259
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	,171	,030	,452	,234
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	-,124	-,129	,437	,223
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	,350	,132	,360	,270
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	,095	-,012	,138	,028
Auto valores	7,860	3,698	2,572	
Porcentaje de varianza	26,704	11,312	7,130	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

Tabla A44.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,880	28
ENE1msgp. Estilo Democrático	,936	11
ENE2msgp. Estilo Autoritario	,804	10
ENE3msgp. Estilo Negligente	,653	7

Si, como hicimos en la escala de normas en la forma de autopercepción forzamos la extracción a cuatro factores, obtenemos datos de la rotación en la escala de la madre vista por el padre, pero no se dan los cuatro factores en la escala del padre cuando es vista por la madre (produciendo el mensaje: se han intentado extraer 4 factores. En la iteración 25, la comunalidad de una variable ha excedido 1,0. Se ha terminado la extracción).

Escala de normas de la madre vista por el padre (4 factores)

El estadístico KMO tiene un valor de 0,691 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 1062,05, los g.l. son 378 y la significación es superior a 0,01.

Tabla A45.- Matriz de factores rotados(a)

	Factor				Comunalidades
	1	2	3	4	
Mi hijo/a, llorando y enfadándose consigue lo que quiere	,902	,044	-,086	,077	,829
Con tal de que sea feliz, dejo que mi hijo/a haga lo que quiera	,857	,137	-,021	,048	,757
Si desobedece mi hijo/a, no pasa nada	,844	,177	-,070	-,170	,778
Me da igual que mi hijo/a obedezca o desobedezca	,843	,079	,296	,019	,805
Le digo que sí a todo lo que me pide mi hijo/a	,804	-,026	-,003	,025	,648
Hago la vista gorda con mi hijo/a cuando no cumple las normas para no discutir	,759	-,022	,165	-,055	,606
Le doy libertad total a mi hijo/a para que haga lo que quiera	,737	,030	,003	,131	,561
Le impongo castigos muy duros a mi hijo/a para que no desobedezca	,724	,065	,494	,046	,775
Trato a mi hijo/a como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,642	,176	-,027	,201	,484
Consiento a mi hijo/a que haga lo que le gusta en todo momento	,606	,004	,121	,224	,432
Agobio a mi hijo/a porque siempre estoy pendiente de él/ella	,542	,260	,086	,214	,414
Me disgusta que mi hijo/a salga a la calle por temor a que le pase algo	,371	-,024	,300	,227	,280
Le explico a mi hijo/a por qué debe cumplir las normas	,205	,784	,114	,332	,779
Le explico muy claro a mi hijo/a lo que se debe y no se debe hacer	,113	,760	-,039	,238	,649
Le explico a mi hijo/a las consecuencias de no cumplir las normas	,189	,698	,051	-,005	,525
Le explico a mi hijo/a lo importantes que son las normas	-,005	,571	-,121	,104	,352
Razono y acuerdo las normas con mi hijo/a	,035	,536	-,036	,406	,454
Le digo a mi hijo/a que los padres siempre llevan la razón	,176	,007	,757	,067	,608
Por encima de todo mi hijo/a tiene que hacer lo que le digo	,203	-,154	,593	,156	,441
Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo	,168	,114	,558	-,126	,369
Le exijo a mi hijo/a respeto absoluto a mi autoridad	-,212	,023	,487	,044	,285
Le exijo a mi hijo/a que cumpla las normas aunque no las entienda	-,098	-,283	,367	,136	,243
Antes de castigar a mi hijo/a escucho sus razones	-,035	,203	-,133	,700	,551
Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigar a mi hijo/a	,222	,080	,066	,676	,517
Animo a mi hijo/a a hacer las cosas por sí mismo/a	-,035	,183	,055	,543	,332
Si me equivoco con mi hijo/a alguna vez, lo reconozco	,017	,383	,111	,420	,336
A medida que se hace mayor mi hijo/a, le doy más responsabilidades	,091	,049	,082	,263	,086
Intento controlar la vida de mi hijo/a en todo momento	,112	-,133	,069	,144	,056
Auto valores	7,860	3,698	2,572	1,728	
Porcentaje de varianza	26,785	11,566	7,269	4,207	

Método de extracción: Factorización del eje principal. Varimax con Kaiser.
a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla A46.- Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total escala	,880	28
ENE1msgp. Estilo Democrático	,936	12
ENE2msgp. Estilo Autoritario	,824	5
ENE3msgp. Estilo Negligente	,653	5
ENE4msgp. Estilo Sobreprotector	,573	6

Por el interés que puede tener la comparación de los datos estadísticos descriptivos de la baremación de origen con los obtenidos por nosotros, hacemos esta

tabla comparativa, teniendo en cuenta que nuestra población es de 2998 sujetos con edades entre 12 y 15 años y la que utilizaron las autoras fueron 402 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años y el número de padres que respondieron a la encuesta fue de 258 en el origen y nosotros contamos con 2998, pues solo hemos construido la base de datos con aquellos cuestionarios en que los datos estaban completos (adolescente y ambos padres). El efecto de la edad es importante para comparar los datos que dan los adolescentes y cómo los padres valoran a sus hijos en determinados factores como son el factor crítica en la primera escala y el autoritarismo en la segunda, que es donde se dan más diferencias de puntuación entre ambas muestras.

Tabla A47.- Comparación de puntuaciones originales y obtenidas

	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis		Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
EAh1p	38,51	8,981	-1,301	1,999	Comparación puntuaciones originales de las autoras (dcha)	34,22	10,11	-0,52	-0,59
EAh2p	29,70	5,778	-1,750	3,728		18,30	6,93	1,32	1,92
ENEh1p	39,86	8,217	-1,232	2,065		36,79	8,55	-0,54	-0,32
ENEh2p	14,17	5,877	,172	-,412		26,72	7,19	0,46	0,11
ENEh3p	16,93	4,245	-,528	,238		18,55	4,78	0,17	-0,29
EAh1m	42,15	6,918	-1,540	3,307		39,36	7,96	-0,89	0,40
EAh2m	29,87	5,334	-1,619	3,283		18,07	6,56	1,33	2,01
ENEh1m	41,10	7,199	-1,189	2,159		38,95	7,19	-0,52	-0,37
ENEh2m	13,47	5,988	,199	-,424		27,78	7,34	0,47	0,04
ENEh3m	17,10	4,109	-,526	,225		18,99	4,98	0,41	0,01
EAm1	44,62	4,198	-1,577	6,666		44,73	5,04	-1,43	2,78
EAm2	29,61	3,859	-1,163	2,520		17,49	4,72	0,85	0,83
ENEm1	44,12	4,593	-1,255	3,256		44,79	4,32	-0,99	0,76
ENEm2	14,32	5,776	,182	-,313		24,41	6,84	0,16	-0,78
ENEm3	17,91	3,626	-,522	,130		16,64	4,35	0,27	-0,05
EAp1	41,62	5,688	-1,328	3,561		42,66	4,68	-0,55	-0,44
EAp2	29,81	3,807	-1,093	2,296		17,41	3,13	1,02	1,10
ENEp1	43,29	5,454	-1,474	4,439		42,69	4,83	-0,34	-0,36
ENEp2	15,50	5,752	,089	-,516		24,77	5,88	-0,15	-0,31
ENEp3	17,42	3,801	-,490	,076		18,71	4,12	0,63	-0,11

Correlación entre factores de Estilo Educativo

Correlaciones totales (n= 2998). Puntuaciones de chicos.

	EA h2p	EA h1m	EA h2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
EAh1p	,619**	,543**	,379**	,707**	,186**	,002	,444**	,127**	,056**
EAh2p		,366**	,626**	,518**	,419**	,003	,296**	,283**	,116**
EAh1m			,591**	,418**	,105**	,068**	,645**	,189**	,025
EAh2m				,315**	,313**	,102**	,469**	,433**	,061**
ENEh1p					,094**	,032	,677**	,041*	,071**
ENEh2p						-,012	,018	,775**	,075**
ENEh3p							,084**	,078**	,735**
ENEh1m								,098**	,038*
ENEh2m									,037*

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones totales (n= 2998). Puntuaciones de padres.

	EA m2	EA p1	EA p2	ENE m1	ENE m2	ENE m3	ENE p1	ENE p2	ENE p3
EAm1	,500**	,351**	,276**	,552**	,128**	,148**	,260**	,085**	,090**
EAm2		,252**	,489**	,363**	,329**	,185**	,177**	,204**	,100**
EAp1			,498**	,276**	,092**	,094**	,625**	,088**	,167**
EAp2				,225**	,212**	,099**	,393**	,332**	,178**
ENEm1					,082**	,200**	,382**	,025	,096**
ENEm2						,168**	,036*	,522**	,087**
ENEm3							,099**	,086**	,417**
ENEp1								,040*	,216**
ENEp2									,147**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según sexo. Puntuaciones de adolescentes: Arriba chicos (n=1496). Abajo chicas (n=1502).

	EA h1p	EA h2p	EA h1m	EA h2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
EAh1p		,573**	,564**	,346**	,679**	,115**	-,010	,431**	,068**	,043
EAh2p	,661**		,350**	,636**	,437**	,394**	,023	,264**	,252**	,123**
EAh1m	,536**	,378**		,515**	,425**	,053*	,097**	,613**	,126**	,049
EAh2m	,411**	,618**	,652**		,263**	,289**	,128**	,390**	,402**	,110**
ENEh1p	,727**	,588**	,422**	,363**		,023	,024	,700**	-,015	,068**
ENEh2p	,250**	,440**	,149**	,334**	,159**		,047	-,035	,766**	,107**
ENEh3p	,012	-,014	,043	,080**	,039	-,069**		,106**	,114**	,765**
ENEh1m	,452**	,325**	,678**	,540**	,655**	,067**	,063*		,035	,086**
ENEh2m	,182**	,310**	,242**	,461**	,093**	,783**	,044	,158**		,067**
ENEh3m	,069**	,110**	,003	,017	,076**	,045	,706**	-,005	,008	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según sexo. Arriba chicos (n=1496). Abajo chicas (n=1502). Puntuaciones de padres

	EA m1	EA m2	EA p1	EA p2	ENE m1	ENE m2	ENE m3	ENE p1	ENE p2	ENE p3
EAm1		,497**	,350**	,261**	,579**	,135**	,168**	,218**	,096**	,077**
EAm2	,494**		,249**	,473**	,394**	,343**	,198**	,169**	,201**	,087**
EAp1	,360**	,265**		,508**	,296**	,096**	,093**	,610**	,087**	,175**
EAp2	,284**	,502**	,495**		,258**	,202**	,108**	,396**	,337**	,141**
ENEm1	,526**	,332**	,260**	,191**		,097**	,201**	,381**	,026	,091**
ENEm2	,119**	,316**	,090**	,219**	,068**		,184**	,030	,515**	,083**
ENEm3	,132**	,179**	,094**	,093**	,200**	,155**		,084**	,098**	,431**
ENEp1	,305**	,193**	,638**	,395**	,385**	,043	,112**		,041	,222**
ENEp2	,078**	,211**	,089**	,329**	,024	,530**	,075**	,039		,161**
ENEp3	,111**	,127**	,159**	,218**	,103**	,094**	,404**	,210**	,135**	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según edad. Arriba pequeños (2299). Abajo mayores (699). Puntuaciones de chicos

	EA h1p	EA h2p	EA h1m	EA h2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
EAh1p		,616**	,537**	,368**	,712**	,181**	-,004	,443**	,116**	,041*
EAh2p	,606**		,364**	,609**	,514**	,397**	-,009	,295**	,254**	,095**
EAh1m	,535**	,331**		,590**	,407**	,102**	,059**	,642**	,188**	,010
EAh2m	,373**	,644**	,569**		,308**	,298**	,084**	,471**	,415**	,044*
ENEh1p	,684**	,509**	,424**	,307**		,097**	,034	,663**	,049*	,067**
ENEh2p	,177**	,464**	,087*	,337**	,064		-,031	,033	,778**	,056**
ENEh3p	-,007	,008	,068	,129**	,005	,029		,076**	,065**	,726**
ENEh1m	,424**	,263**	,638**	,441**	,704**	-,051	,087*		,111**	,028
ENEh2m	,132**	,339**	,167**	,471**	-,008	,762**	,105**	,036		,027
ENEh3m	,068	,142**	,031	,075*	,063	,114**	,757**	,040	,049	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según edad. Arriba pequeños (2299). Abajo mayores (699). Puntuaciones de padres

	EA m1	EA m2	EA p1	EA p2	ENE m1	ENE m2	ENE m3	ENE p1	ENE p2	ENE p3
EAm1		,498**	,319**	,262**	,529**	,109**	,109**	,221**	,079**	,065**
EAm2	,492**		,231**	,463**	,355**	,332**	,146**	,151**	,196**	,062**
EAp1	,398**	,275**		,499**	,234**	,103**	,065**	,609**	,109**	,169**
EAp2	,279**	,536**	,473**		,209**	,215**	,070**	,375**	,338**	,167**
ENEm1	,597**	,374**	,365**	,250**		,102**	,166**	,329**	,033	,065**
ENEm2	,127**	,281**	,007	,157**	,007		,162**	,056**	,495**	,063**
ENEm3	,201**	,250**	,122**	,132**	,265**	,132**		,070**	,095**	,383**
ENEp1	,338**	,234**	,664**	,433**	,508**	-,039	,156**		,049*	,212**
ENEp2	,072	,192**	-,001	,289**	-,015	,572**	,030	,003		,159**
ENEp3	,130**	,189**	,141**	,187**	,167**	,123**	,496**	,220**	,096*	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según adscripción centros. Arriba centros públicos (n=2187). Abajo concertados (n=811). Puntuaciones de chicos

	EA h1p	EA h2p	EA h1m	EA h2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
EAh1p		,617**	,550**	,384**	,704**	,173**	,006	,452**	,129**	,058**
EAh2p	,626**		,378**	,643**	,510**	,408**	,007	,300**	,286**	,108**
EAh1m	,517**	,325**		,584**	,418**	,099**	,075**	,646**	,182**	,025
EAh2m	,363**	,576**	,612**		,307**	,304**	,111**	,453**	,428**	,058**
ENEh1p	,721**	,542**	,423**	,338**		,079**	,043*	,673**	,030	,070**
ENEh2p	,228**	,453**	,135**	,343**	,135**		-,005	,011	,762**	,075**
ENEh3p	-,022	-,017	,027	,072*	,001	-,025		,096**	,085**	,731**
ENEh1m	,425**	,285**	,649**	,515**	,686**	,037	,048		,088**	,044*
ENEh2m	,121**	,276**	,209**	,450**	,070*	,812**	,058	,124**		,028
ENEh3m	,041	,136**	,008	,066	,077*	,083*	,743**	,021	,062	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según adscripción centros. Arriba centros públicos (n=2187). Abajo concertados (n=811). Puntuaciones de padres

	EA m1	EA m2	EA p1	EA p2	ENE m1	ENE m2	ENE m3	ENE p1	ENE p2	ENE p3
EAm1		,487**	,365**	,274**	,543**	,121**	,153**	,274**	,075**	,084**
EAm2	,538**		,255**	,496**	,340**	,306**	,197**	,180**	,203**	,094**
EAp1	,299**	,245**		,499**	,287**	,072**	,090**	,625**	,075**	,164**
EAp2	,277**	,471**	,490**		,226**	,185**	,094**	,384**	,316**	,170**
ENEm1	,582**	,428**	,246**	,224**		,050*	,202**	,400**	,003	,088**
ENEm2	,145**	,394**	,147**	,294**	,178**		,166**	,026	,535**	,085**
ENEm3	,124**	,147**	,092**	,106**	,198**	,169**		,107**	,054*	,439**
ENEp1	,217**	,168**	,634**	,424**	,327**	,068	,075*		,020	,213**
ENEp2	,117**	,205**	,131**	,383**	,091**	,485**	,189**	,103**		,139**
ENEp3	,099**	,117**	,163**	,196**	,126**	,087*	,334**	,228**	,176**	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según hoja de respuesta. Arriba forma separada (1807). Abajo forma conjunta (n=1159). Puntuaciones de chicos

	EA h1p	EA h2p	EA h1m	EA h2m	ENE h1p	ENE h2p	ENE h3p	ENE h1m	ENE h2m	ENE h3m
EAh1p		,633**	,503**	,361**	,717**	,200**	-,037	,437**	,101**	,018
EAh2p	,603**		,333**	,565**	,552**	,437**	-,038	,294**	,261**	,085**
EAh1m	,617**	,426**		,604**	,394**	,090**	,057*	,674**	,185**	,001
EAh2m	,415**	,737**	,568**		,313**	,310**	,084**	,502**	,432**	,053*
ENEh1p	,700**	,464**	,464**	,322**		,135**	-,003	,624**	,042	,033
ENEh2p	,167**	,387**	,133**	,327**	,027		-,017	,035	,744**	,078**
ENEh3p	,053	,062*	,078**	,128**	,080**	-,009		,076**	,085**	,673**
ENEh1m	,462**	,298**	,596**	,412**	,770**	-,010	,091**		,122**	,015
ENEh2m	,169**	,317**	,195**	,441**	,042	,828**	,065*	,062*		,043
ENEh3m	,108**	,163**	,055	,072*	,124**	,073*	,823**	,062*	,024	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones según hoja de respuesta. Arriba forma separada (n=1807). Abajo forma conjunta (n=1159). Puntuaciones de padres

	EA m1	EA m2	EA p1	EA p2	ENE m1	ENE m2	ENE m3	ENE p1	ENE p2	ENE p3
EAm1		,486**	,337**	,268**	,559**	,127**	,155**	,267**	,102**	,089**
EAm2	,521**		,242**	,507**	,363**	,328**	,168**	,189**	,203**	,093**
EAp1	,377**	,270**		,491**	,270**	,083**	,070**	,622**	,079**	,158**
EAp2	,282**	,459**	,511**		,224**	,202**	,065**	,387**	,334**	,159**
ENEm1	,540**	,363**	,283**	,219**		,094**	,192**	,390**	,030	,097**
ENEm2	,136**	,331**	,110**	,227**	,064*		,161**	,049*	,499**	,081**
ENEm3	,141**	,211**	,121**	,147**	,209**	,182**		,099**	,046	,424**
ENEp1	,246**	,159**	,627**	,399**	,366**	,021	,092**		,057*	,209**
ENEp2	,058*	,206**	,104**	,327**	,019	,560**	,145**	,018		,127**
ENEp3	,089**	,115**	,182**	,212**	,093**	,100**	,405**	,230**	,178**	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla E.E.1.- Correlación entre las puntuaciones al padre y a la madre por el hijo, según variable (Escala I)

ITEM EA Correlación pad/mad (punt hijo)	Total (2998)	conj. (1159)	sep. (1807)	Pequeños (2299)	Mayores (699)	Chicos (1496)	Chicas (1502)	Público (2187)	Concertado (811)
Mi padre me acepta tal como soy	,522	,624	,458	,477	,593	,481	,554	,547	,439
A mi padre si tengo un problema puedo contárselo	,531	,609	,478	,543	,482	,565	,518	,534	,524
Mi padre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago	,535	,664	,440	,557	,458	,552	,517	,526	,557
Mi padre me dedica su tiempo	,478	,581	,407	,481	,454	,444	,510	,495	,429
Siento que soy un estorbo para mi padre	,590	,757	,470	,607	,544	,580	,596	,608	,535
Mi padre habla conmigo de los temas que son importantes para mi	,489	,594	,420	,498	,455	,510	,486	,485	,499
Pongo nervioso a mi padre, le altero	,561	,638	,513	,547	,591	,561	,560	,560	,561
Mi padre es cariñoso conmigo	,438	,554	,367	,420	,459	,449	,430	,455	,272
Mi padre habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as	,496	,625	,405	,493	,499	,555	,456	,499	,485
A mi padre lo que hago le parece mal	,578	,746	,467	,572	,588	,577	,579	,560	,626
Mi padre me consuela cuando estoy triste	,548	,672	,465	,538	,549	,547	,548	,542	,563
Mi padre está a disgusto cuando yo estoy en casa	,564	,816	,435	,556	,585	,562	,566	,549	,603
Sé que mi padre confía en mí	,557	,690	,463	,528	,599	,531	,579	,568	,525
Mi padre dedica tiempo a hablar conmigo	,517	,631	,441	,516	,510	,548	,493	,507	,542
Mi padre aprovecha cualquier oportunidad para criticarme	,514	,646	,425	,495	,547	,532	,491	,544	,424
Mi padre está contento de tenerme como hijo/a	,528	,702	,428	,475	,623	,547	,515	,561	,436
A mi padre le gustaría que fuera diferente	,680	,816	,594	,604	,648	,691	,668	,680	,677
Mi padre me manifiesta su afecto con detalles que me gustan	,629	,771	,594	,629	,619	,648	,612	,621	,647
Puedo contar con mi padre cuando lo necesito	,467	,583	,394	,468	,453	,471	,470	,462	,480
Mi padre me da confianza para que le cuente mis cosas	,515	,602	,458	,507	,575	,550	,499	,509	,533

Tabla E.E.2.- Correlación entre las puntuaciones al padre y a la madre por el hijo, según variable (Escala II)

ITEM ENE Correlación pad/mad (punt hijo)	Total (2998)	Conj. (1159)	Sep. (1807)	Peq. (2299)	May. (699)	Chico (1496)	Chica (1502)	Púb. (2187)	Conc. (811)
Mi padre tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	,595	,681	,539	,571	,655	,589	,600	,577	,640

Mi padre intenta controlar mi vida en todo momento	,663	,759	,600	,654	,691	,646	,680	,653	,697
Mi padre me dice que sí a todo lo que le pido	,611	,710	,540	,599	,645	,604	,681	,605	,628
Mi padre me dice que en casa manda él	,668	,761	,605	,665	,675	,692	,644	,663	,682
Con mi padre, si desobedezco, no pasa nada	,715	,843	,604	,716	,707	,719	,711	,719	,698
Mi padre antes de castigarme escucha mis razones	,606	,724	,528	,602	,613	,619	,549	,599	,628
Mi padre me da libertad total para que haga lo que quiera	,681	,816	,590	,678	,694	,688	,673	,673	,704
Mi padre me explica lo importantes que son las normas	,691	,822	,607	,678	,732	,696	,684	,686	,703
Mi padre me impone castigos muy duros para que no desobedezca	,744	,802	,706	,736	,765	,735	,744	,732	,772
Con mi padre, llorando y enfadándome consigo lo que quiero	,687	,799	,609	,684	,692	,690	,678	,684	,698
Mi padre me explica por qué debo cumplir las normas	,664	,774	,584	,652	,689	,673	,655	,657	,681
Mi padre me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	,785	,895	,708	,796	,747	,791	,775	,781	,798
Mi padre hace la vista gorda cuando no cumplo las normas para no discutir	,635	,730	,569	,634	,631	,657	,614	,621	,676
Mi padre me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	,585	,690	,522	,569	,622	,570	,597	,592	,562
Con mi padre, por encima de todo tengo que hacer lo que dice	,730	,863	,645	,727	,739	,724	,735	,725	,743
A mi padre le da igual que obedezca o desobedezca	,499	,699	,367	,458	,604	,574	,404	,523	,431
Mi padre razona y acuerda las normas conmigo	,625	,758	,534	,622	,630	,636	,615	,619	,644
Mi padre me exige respeto absoluto a su autoridad	,765	,870	,696	,768	,748	,777	,753	,751	,800
Mi padre me explica las consecuencias de no cumplir las normas	,694	,805	,620	,686	,711	,712	,676	,685	,719
Mi padre me dice que los padres siempre llevan la razón	,777	,855	,726	,785	,750	,792	,762	,762	,819
Mi padre consiente que haga lo que me gusta en todo momento	,730	,861	,638	,735	,710	,731	,726	,725	,743
Si mi padre se equivoca conmigo alguna vez, lo reconoce	,487	,591	,417	,467	,526	,484	,489	,493	,474
Mi padre me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	,621	,682	,58	,611	,646	,613	,633	,612	,645
Con tal de que sea feliz, mi padre me deja que haga lo que quiera	,726	,841	,645	,726	,726	,746	,705	,724	,732
A mi padre le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	,720	,794	,669	,727	,694	,709	,721	,714	,733
Mi padre me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	,593	,729	,512	,581	,619	,608	,721	,574	,645
Mi padre me agobia porque siempre está pendiente de mí	,572	,667	,510	,577	,656	,559	,585	,558	,612
A medida que me hago mayor, mi padre me da más responsabilidades	,661	,787	,572	,657	,667	,673	,652	,651	,690

Tabla E.E.3.- D de Somers Escala I VD Madre/ VI Padre (Todas las puntuaciones son significativas al ,01)

Item	PuCon	PuSep	CoCon	CoSep	haCon	haSep	hoCon	hoSep	12Con	12Sep	14Con	14Sep
1	,620	,463	,496	,431	,577	,492	,608	,414	,568	,436	,641	,498

2	.548	.395	.502	.392	.467	.366	.666	.440	.534	.400	.514	.366
3	.618	.402	.664	.460	.610	.408	.648	.429	.655	.438	.531	.335
4	.530	.386	.472	.344	.517	.395	.512	.354	.505	.384	.535	.330
5	.746	.514	.697	.479	.732	.479	.733	.530	.723	.516	.735	.460
6	.547	.367	.531	.418	.482	.374	.626	.407	.528	.395	.585	.333
7	.597	.481	.633	.454	.601	.475	.614	.473	.604	.464	.611	.502
8	.526	.359	.478	.347	.507	.367	.525	.350	.502	.347	.520	.381
9	.563	.341	.530	.358	.458	.338	.984	.370	.565	.337	.515	.376
10	.764	.450	.803	.531	.763	.472	.784	.474	.776	.479	.755	.449
11	.575	.395	.525	.447	.528	.417	.603	.405	.551	.402	.573	.425
12	.763	.465	.753	.540	.770	.422	.751	.537	.782	.492	.703	.465
13	.663	.463	.652	.495	.625	.511	.705	.431	.645	.487	.689	.423
14	.575	.373	.551	.446	.539	.371	.614	.422	.566	.402	.579	.361
15	.687	.467	.642	.466	.687	.472	.668	.460	.681	.451	.647	.507
16	.706	.494	.627	.486	.654	.517	.724	.470	.666	.468	.727	.535
17	.823	.581	.762	.636	.800	.589	.818	.604	.789	.610	.819	.542
18	.737	.481	.720	.543	.695	.482	.782	.514	.430	.493	.742	.515
19	.494	.351	.507	.413	.434	.328	.578	.421	.489	.368	.510	.359
20	.528	.376	.479	.444	.428	.386	.653	.420	.508	.389	.529	.410

Tabla E.E.4.- D de Somers Escala II VD Madre/ VI Padre (Todas las puntuaciones son significativas al ,01)

Ítem	PuCon	PuSep	CoCon	CoSep	haCon	haSep	hoCon	hoSep	12Con	12Sep	14Con	14Sep
1	.684	.509	.675	.580	.676	.530	.690	.530	.662	.516	.731	.575
2	.704	.525	.758	.582	.719	.564	.716	.515	.718	.528	.712	.577
3	.681	.469	.697	.529	.691	.470	.678	.499	.688	.476	.670	.511
4	.714	.531	.723	.555	.692	.508	.743	.568	.706	.541	.747	.532
5	.823	.553	.792	.588	.813	.546	.819	.578	.817	.557	.807	.580
6	.690	.482	.698	.526	.656	.485	.733	.501	.697	.495	.664	.492
7	.805	.522	.766	.579	.782	.544	.811	.534	.815	.518	.723	.609
8	.787	.529	.739	.590	.763	.533	.787	.560	.764	.539	.809	.573
9	.790	.628	.750	.734	.789	.671	.771	.641	.786	.655	.770	.676
10	.822	.606	.752	.756	.778	.623	.846	.661	.812	.630	.788	.676
11	.719	.521	.756	.572	.715	.521	.744	.549	.710	.539	.783	.514
12	.862	.621	.864	.673	.849	.629	.878	.634	.861	.654	.868	.568
13	.712	.522	.674	.649	.688	.552	.720	.560	.698	.569	.719	.513
14	.676	.490	.586	.580	.619	.529	.705	.498	.646	.511	.682	.521
15	.816	.554	.812	.629	.800	.585	.835	.564	.811	.574	.822	.580
16	.738	.402	.687	.550	.664	.388	.775	.485	.749	.418	.672	.514
17	.741	.464	.699	.570	.714	.481	.747	.508	.732	.489	.721	.504
18	.831	.599	.829	.696	.818	.610	.848	.641	.819	.633	.872	.598
19	.760	.549	.735	.638	.713	.572	.806	.573	.731	.580	.824	.558
20	.817	.619	.814	.726	.792	.634	.845	.665	.813	.662	.824	.605
21	.815	.550	.817	.608	.805	.562	.825	.569	.828	.566	.772	.561
22	.604	.417	.549	.422	.585	.407	.591	.428	.564	.414	.657	.417
23	.703	.536	.598	.613	.675	.569	.680	.553	.671	.558	.693	.564
24	.823	.567	.788	.626	.795	.569	.838	.597	.826	.582	.777	.586
25	.735	.599	.734	.622	.731	.591	.741	.614	.733	.618	.744	.562
26	.693	.487	.698	.585	.675	.480	.718	.550	.689	.519	.707	.500
27	.664	.459	.637	.556	.642	.508	.672	.466	.667	.492	.617	.463
28	.742	.552	.750	.608	.718	.568	.773	.565	.745	.559	.739	.580

Tabla E.E.5.- D de Somers Escala I VD Madre/ VI Padre Controlando la forma ($p < .01$)

Ítem	Publico	Concertado	Chica	Chico	conjunta	separado	Pequeños	Mayores	total
n	2187	811	1502	1496	1159	1807	2299	699	2998
1	.527	.453	.526	.489	.592	.455	.484	.560	.508
2	.451	.430	.401	.521	.538	.394	.451	.412	.446
3	.487	.532	.488	.510	.629	.418	.524	.407	.499
4	.442	.392	.443	.413	.516	.374	.431	.407	.429
5	.602	.556	.581	.600	.733	.504	.598	.561	.590
6	.436	.458	.412	.489	.542	.382	.447	.416	.442
7	.521	.520	.521	.521	.607	.474	.517	.529	.521
8	.421	.393	.419	.413	.515	.358	.405	.427	.415
9	.430	.417	.385	.488	.555	.346	.426	.425	.427
10	.572	.626	.582	.590	.773	.472	.592	.561	.586
11	.462	.474	.455	.477	.563	.411	.459	.468	.466
12	.572	.612	.549	.611	.760	.486	.592	.555	.583
13	.541	.552	.552	.534	.661	.471	.549	.519	.544
14	.454	.482	.437	.493	.571	.394	.466	.444	.462
15	.554	.526	.556	.539	.676	.467	.543	.549	.547
16	.577	.536	.568	.567	.689	.492	.544	.607	.567
17	.672	.681	.670	.680	.809	.596	.679	.636	.674
18	.571	.607	.559	.605	.735	.498	.580	.579	.582
19	.406	.447	.371	.475	.497	.368	.415	.413	.417
20	.436	.457	.401	.506	.517	.396	.437	.448	.442

Tabla E.E.6.- D de Somers Escala II VD Madre/ VI Padre Controlando la forma ($p < .01$)

Ítem	Publico	Concertado	Chica	Chico	conjunta	separado	Pequeños	Mayores	total
n	2187	811	1502	1496	1159	1807	2299	699	2998
1	.575	.613	.585	.586	.682	.530	.572	.624	.585
2	.596	.641	.627	.587	.717	.539	.601	.627	.607
3	.554	.589	.559	.567	.685	.484	.562	.565	.563
4	.601	.614	.580	.630	.716	.539	.605	.606	.605
5	.665	.664	.657	.674	.816	.563	.662	.669	.666
6	.563	.585	.554	.582	.692	.494	.572	.556	.569
7	.632	.644	.638	.633	.796	.539	.634	.645	.636
8	.628	.641	.624	.639	.775	.547	.624	.565	.632
9	.690	.739	.717	.686	.782	.660	.705	.707	.705
10	.693	.753	.684	.733	.807	.644	.703	.712	.707
11	.601	.638	.601	.622	.728	.535	.606	.621	.611
12	.714	.743	.714	.725	.862	.635	.735	.676	.721
13	.597	.658	.605	.620	.703	.557	.620	.585	.613
14	.566	.582	.568	.572	.655	.515	.564	.582	.570
15	.656	.692	.672	.658	.815	.575	.664	.670	.665
16	.530	.592	.482	.594	.728	.441	.532	.578	.544
17	.573	.615	.572	.596	.730	.494	.582	.584	.584
18	.685	.739	.686	.715	.831	.626	.703	.685	.700
19	.633	.672	.628	.660	.754	.574	.639	.656	.644
20	.692	.758	.694	.726	.817	.649	.719	.679	.710
21	.655	.984	.658	.666	.815	.566	.667	.645	.633
22	.489	.468	.476	.490	.590	.418	.473	.500	.483
23	.603	.607	.611	.601	.677	.559	.602	.610	.604
24	.670	.685	.661	.687	.815	.584	.677	.663	.674
25	.652	.664	.648	.660	.736	.605	.664	.628	.655
26	.566	.627	.560	.607	.694	.516	.585	.573	.583
27	.539	.586	.562	.540	.656	.486	.560	.521	.551
28	.630	.659	.631	.642	.744	.568	.634	.644	.638

Cuestionarios para el cribaje de los Trastornos del Comportamiento Alimentario

Estructura Factorial de EAT-26

El estadístico KMO tiene un valor de 0,915 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 81997,936, los g.l. son 325 y la significación es superior a 0,01.

Tabla Estadísticos descriptivos de la Escala EAT-26

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
Me altera ser obeso/a	4,09	1,874	-,562	-1,155
Evito comer cuando tengo hambre	5,15	1,210	-1,598	2,260
Me siento preocupado/a por la comida	5,13	1,232	-1,643	2,378
He seguido comiendo porque no he sido capaz de parar	4,87	1,417	-1,352	1,100
Parto mi comida en trozos pequeños	4,11	1,618	-,570	-,730
Soy consciente del contenido calórico de los alimentos	4,03	1,737	-,479	-1,031
Evito tomar alimentos con alto contenido en hidratos de carbono	4,90	1,308	-1,243	1,014
Creo que los demás preferirían que comiese más	5,03	1,484	-1,535	1,291
Devuelvo después de haber comido	5,84	,518	-4,557	27,942
Me siento culpable después de haber comido	5,68	,846	-3,359	12,511
Estoy preocupado/a por la idea de estar mas delgado/a	5,01	1,393	-1,533	1,579
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	4,10	1,821	-,583	-1,052
Otras personas piensan que estoy demasiado delgado/a	4,91	1,406	-1,326	,962
Estoy preocupado/a con la idea de tener grasas en mi cuerpo	4,72	1,585	-1,162	,219
Como más despacio que los demás	4,25	1,551	-,766	-,334
Evito los alimentos que tienen azúcar	5,05	1,199	-1,419	1,818
Tomo alimentos de régimen	5,30	1,078	-1,812	3,335
Pienso que la comida controla mi vida	5,20	1,390	-1,877	2,579
Manifiesto autocontrol con respecto al alimento	4,04	1,767	-,483	-1,067
Siento que los demás me fuerzan a comer	5,32	1,161	-2,041	3,960
Dedico mucho tiempo y pensamiento a la comida	5,37	1,002	-2,144	5,319
Me siento incómodo/a después de comer dulces	5,25	1,208	-1,967	3,619
Tengo tendencia a seguir algún tipo de dieta	5,39	1,147	-2,264	4,847
Me gusta que mi estómago esté vacío	5,40	1,059	-2,268	5,466
Disfruto probando nuevos alimentos sabrosos	2,80	1,678	,342	-1,219
Tengo el impulso de devolver después de las comidas	5,77	,703	-4,143	20,078

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 6 1.- Error Típico ,022 2.- Error Típico ,043

Tabla Matriz de configuración. (a)

	Factor		
	1	2	3
Me siento culpable despues de haber comido	,800	-,171	-,044
Estoy preocupado/a con la idea de tener grasas en mi cuerpo	,690	,066	-,047
Me siento preocupado/a por la comida	,610	,009	,028
Me siento incómodo/a después de comer dulces	,585	,122	-,005
Estoy preocupado/a por la idea de estar mas delgado/a	,560	-,028	,068
Me gusta que mi estómago esté vacío	,530	,048	-,013
Tengo el impulso de devolver después de las comidas	,529	-,158	,072
Me aterra ser obeso/a	,505	-,043	,036
Tengo tendencia a seguir algún tipo de dieta	,500	,218	-,096
Dedico mucho tiempo y pensamiento a la comida	,461	-,052	,161
Devuelvo despues de haber comido	,436	-,114	,105
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	,380	,292	-,077
Evito comer cuando tengo hambre	,374	,264	-,068
Pienso que la comida controla mi vida	,306	,055	,131
He seguido comiendo porque no he sido capaz de parar	,272	-,222	,177
Disfruto probando nuevos alimentos sabrosos	-,163	,019	,030
Evito tomar alimentos con alto contenido en hidratos de carbono	,032	,613	,033
Evito los alimentos que tienen azucar	,080	,601	,003
Soy consciente del contenido calórico de los alimentos	-,167	,590	,044
Manifiesto autocontrol con respecto al alimento	-,089	,427	,018
Parto mi comida en trozos pequeños	-,075	,389	,103
Tomo alimentos de régimen	,312	,365	-,061
Creo que los demás preferirían que comiese más	-,021	,080	,784
Otras personas piensan que estoy demasiado delgado/a	-,053	,016	,667
Siento que los demás me fuerzan a comer	,204	,020	,573
Como más despacio que los demás	-,015	,272	,322
Auto valores	6,275	2,238	1,449
Porcentaje de varianza	21,706	6,399	2,829

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1,000	,679	,111
2	,679	1,000	-,095
3	,111	-,095	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Descriptivos de los factores (EAT-26 (3) factores)

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
EATT_1	7,96	7,649	1,979	5,644
EAT1_1	4,45	5,120	1,990	4,951
EAT2_1	,85	1,677	2,640	9,049
EAT3_1	2,67	2,954	1,441	2,383

1 Error típico 0,022

2 Error típico 0,043

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO EAT-26

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	Comunalidades
Me aterra ser obeso/a	.522			.728
Evito comer cuando tengo hambre			.158	.975
Me siento preocupado/a por la comida		.660		.564
He seguido comiendo porque no he sido capaz de parar		.177		.969
Parto mi comida en trozos pequeños			.123	.985
Soy consciente del contenido calórico de los alimentos	.359			.871
Evito tomar alimentos con alto contenido en hidratos de carbono	.540			.708
Creo que los demás preferirían que comiese más			.757	.426
Devuelvo después de haber comido		.410		.832
Me siento culpable después de haber comido	.637			.594
Estoy preocupado/a por la idea de estar mas delgado/a	.552			.695
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.641			.589
Otras personas piensan que estoy demasiado delgado/a			.593	.649
Estoy preocupado/a con la idea de tener grasas en mi cuerpo	.771			.406
Como más despacio que los demás			.360	.871
Evito los alimentos que tienen azúcar	.487			.762
Tomo alimentos de régimen	.582			.661
Pienso que la comida controla mi vida		.510		.740
Manifiesto autocontrol con respecto al alimento			.012	1.000
Siento que los demás me fuerzan a comer			.711	.494
Dedico mucho tiempo y pensamiento a la comida		.549		.699
Me siento incómodo/a después de comer dulces	.665			.557
Tengo tendencia a seguir algún tipo de dieta	.654			.573
Me gusta que mi estómago esté vacío	.553			.695
Disfruto probando nuevos alimentos sabrosos	-.069			.995
Tengo el impulso de devolver después de las comidas		.410		.832

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .001$ excepto el ítem 25 y el ítem 19.

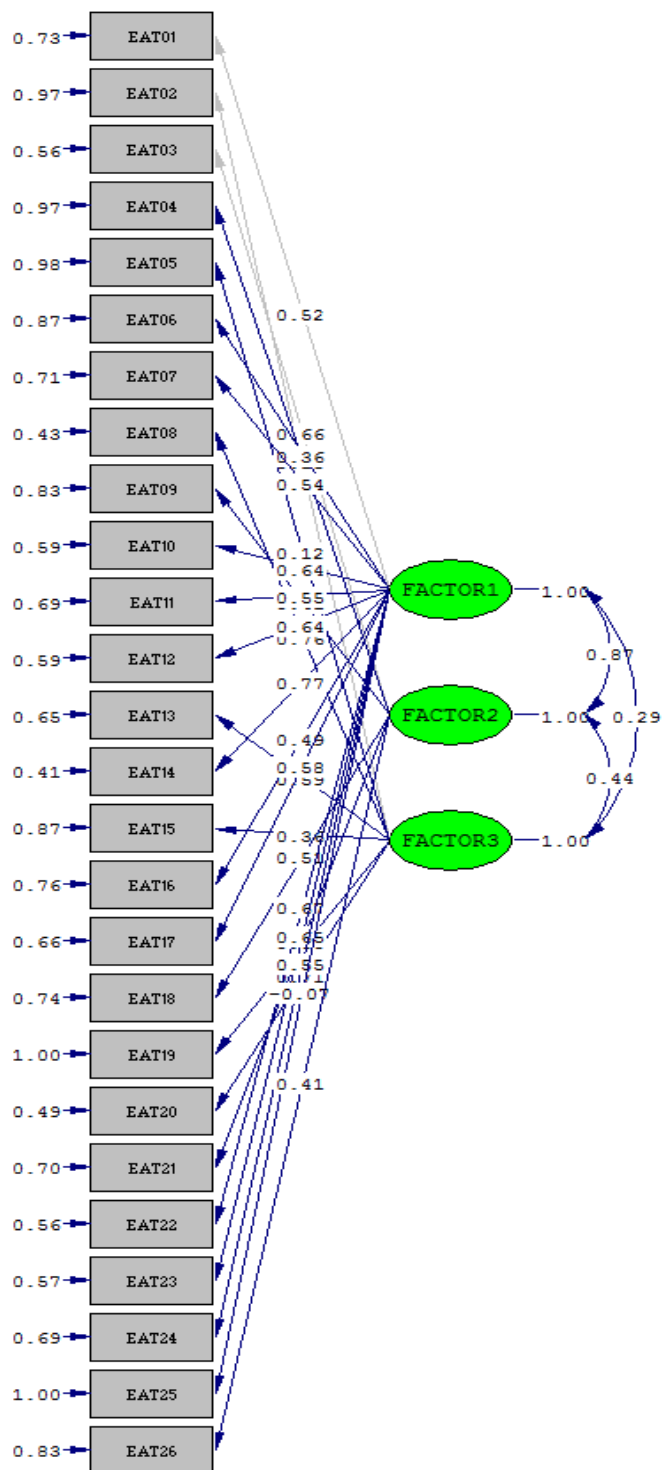
Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3
1	1,000		
2	.871	1,000	
3	.293	.440	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
296	1942.74	.08	.91	.91	.91	.09

DIAGRAMA PATH



Estructura factorial de EDI

EDI.- Análisis Factorial para 8 factores

El estadístico KMO tiene un valor de 0,958 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 253065,261, los g.l. son 2016 y la significación es superior a 0,01.

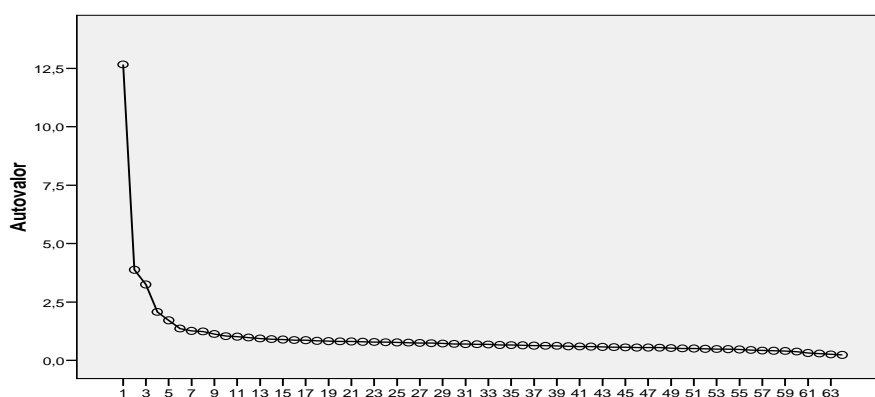
Estadísticos descriptivos

	MEDIA	DESV. TÍP.	ASIMETRÍA ¹	CURTOSIS ²
Tomo dulces y alimentos ricos en calorías sin preocuparme por ello	3,59	1,750	-,232	-1,242
Creo que tengo demasiada tripa	4,61	1,650	-1,038	-,131
Me gustaría poder volver a la vida segura de la infancia	4,37	1,599	-,878	-,207
Cuando estoy nervioso/a me pongo a comer	5,27	1,132	-1,988	4,085
Me atiborro de comida	5,13	1,111	-1,626	2,955
Me gustaría ser más joven	5,12	1,317	-1,806	2,817
Pienso acerca de la dieta	5,10	1,353	-1,672	2,082
Cuando tengo alguna sensación muy fuerte me da miedo	4,93	1,259	-1,433	1,844
Tengo los muslos demasiado gruesos	4,66	1,677	-1,077	-,146
Me veo poco eficaz como persona	5,21	1,187	-1,848	3,250
Me siento muy culpable cuando he comido demasiado	5,17	1,353	-1,844	2,645
Pienso que el volumen de mi tripa es normal	2,98	1,873	,348	-1,386
Para ser considerado/a en mi familia, hay que sobresalir	5,34	1,230	-2,200	4,329
La infancia es la época más feliz de la vida	3,01	1,704	,197	-1,243
Admito todas mis emociones	2,73	1,593	,430	-1,005
Tengo mucho miedo a engordar	4,26	1,783	-,714	-,843
Confío en los demás	2,69	1,398	,503	-,603
Me siento solo/a en el mundo	5,39	1,097	-2,237	5,064
Estoy satisfecho/a con mi figura	2,73	1,722	,555	-1,042
Creo que generalmente soy yo el/la que dispone las cosas en mi vida	3,01	1,553	,234	-,982
A veces no se qué emoción estoy sintiendo	4,57	1,257	-1,009	,876
Prefiero ser un hombre/mujer adulto/a que un/a niño/a	4,25	1,553	-,730	-,339
Me resulta fácil comunicarme con la gente	2,51	1,559	,791	-,486
Deseo ser otra persona	5,18	1,281	-1,836	2,880
Exagero la importancia del peso	5,01	1,375	-1,566	1,754
Soy capaz de identificar y de distinguir claramente mis emociones	2,71	1,539	,469	-,896
Me siento fuera de lugar	5,26	1,062	-1,842	3,783
Me he dado comilonas en las que tenía la impresión de no poder parar	5,18	1,140	-1,801	3,444
Cuando era pequeño/a me esforzaba mucho por no disgustar a mis padres y profesores	3,14	1,803	,232	-1,317
Tengo amistades íntimas	2,83	1,856	,492	-1,237
Creo que el tamaño de mi trasero es normal	2,35	1,700	,973	-,454
Me gustaría estar más delgado/a	4,26	1,902	-,701	-1,017
No se que es lo que sucede en mi interior	4,67	1,462	-1,183	,651
Me resulta difícil mostrar mis emociones ante los demás	4,32	1,471	-,759	-,163
El hecho de ser mayor conlleva demasiadas exigencias	3,47	1,571	-,099	-,963
Me disgusta no ser la/el mejor en algo	4,57	1,490	-1,047	,252
Me siento seguro/a de mi mismo/a	2,21	1,477	1,069	,063

Pienso acerca de mis comilonas	4,96	1,450	-1,513	1,387
Me siento feliz de no ser ya un/a niño/a	3,40	1,644	-,094	-1,110
Confundo cuando tengo apetito y cuando no	5,14	1,357	-1,824	2,603
Tengo mala opinión de mí mismo/a	5,06	1,331	-1,636	2,073
Creo que puedo alcanzar mis metas	2,20	1,438	1,076	,150
Mis padres han esperado de mí lo mejor	1,98	1,394	1,386	,945
Me preocupa perder el control sobre mis emociones	4,42	1,598	-,861	-,292
Creo que mis caderas son demasiado anchas	5,03	1,487	-1,591	1,464
Cuando estoy con gente como con moderación y solo/a me atiborro	5,30	1,199	-2,104	4,152
Me siento lleno/a después de tomar una pequeña cantidad de alimento	4,85	1,359	-1,339	1,274
Creo que las personas son más felices en su infancia	3,40	1,619	-,173	-1,089
Si gano un kilo de peso creo que voy a seguir engordando	4,81	1,586	-1,301	,525
Creo ser una persona valiosa	2,84	1,586	,386	-,991
Cuando me descontrolo, no sé si estoy triste, asustado/a o enfadado/a	4,56	1,544	-1,034	,109
Siento que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	4,24	1,570	-,738	-,414
He pensado en intentar vomitar para perder peso	5,68	,945	-3,503	12,405
Necesito mantener a la gente a cierta distancia	5,24	1,172	-1,970	3,860
Pienso que mis muslos están bien de tamaño	2,76	1,817	,535	-1,184
Me siento vacío/a por dentro (emocionalmente)	5,11	1,239	-1,685	2,590
Puedo hablar fácilmente acerca de mis ideas y sentimientos	2,98	1,598	,223	-1,118
La mejor época de la vida es cuando te conviertes en adulto	4,14	1,383	-,681	,076
Creo que mis muslos son demasiado gruesos	4,88	1,570	-1,368	,711
Tengo sentimientos difíciles de identificar	4,59	1,392	-1,069	,574
Como o bebo a escondidas	5,61	,896	-3,118	10,941
Pienso que mis caderas son de tamaño normal	2,55	1,781	,723	-,939
Mis metas son extremadamente altas	3,79	1,544	-,356	-,810
Cuando estoy nervioso/a temo ponerme a comer	5,47	1,129	-2,614	6,636

Mínima puntuación 1; Máxima puntuación 6 1.- Error Típico ,022 2.- Error Típico ,043

Gráfico de sedimentación



Matriz de configuración. (a)

	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
59 Creo que mis muslos son demasiado gruesos	,815	,077	-,159	,008	-,020	,030	-,018	-,093
55 Pienso que mis muslos están bien de tamaño	,794	,029	,099	,035	-,009	-,053	,009	-,189
32 Me gustaría estar más delgado/a	,791	-,019	-,044	-,105	,063	-,059	-,042	,214
2 Creo que tengo demasiada tripa	,784	-,037	-,072	-,044	,063	-,002	-,027	,148
9 Tengo los muslos demasiado gruesos	,762	,058	-,185	,028	,034	,016	-,018	-,110
45 Creo que mis caderas son demasiado anchas	,730	,082	-,128	,016	-,045	,044	,006	,003
62 Pienso que mis caderas son de tamaño normal	,724	,017	,137	,045	-,036	-,048	,008	-,115
19 Estoy satisfecho/a con mi figura	,690	-,097	,174	-,029	,026	,064	-,056	,035
12 Pienso que el volumen de mi tripa es normal	,666	-,111	,238	,004	,046	-,137	-,045	,094
31 Creo que el tamaño de mi trasero es normal	,569	-,032	,172	,072	,005	-,003	-,031	-,096
7 Pienso acerca de la dieta	,550	-,040	-,055	-,020	,018	,017	,029	,388
16 Tengo mucho miedo a engordar	,497	,030	-,015	-,064	,031	,013	-,020	,388
25 Exagero la importancia del peso	,479	,018	-,046	,010	-,013	,078	-,003	,280
49 Si gano un kilo de peso creo que voy a seguir engordando	,468	,046	-,020	-,003	-,009	,068	,029	,369
60 Tengo sentimientos difíciles de identificar	,007	,641	-,024	-,053	-,031	,077	,020	-,041
51 Cuando me descontrolo, no se si estoy triste, asustado/a o enfadado/a	-,005	,634	-,015	,040	-,039	-,019	,060	,024
21 A veces no se qué emoción estoy sintiendo	-,027	,605	-,029	,018	-,029	,026	,043	-,055
34 Me resulta difícil mostrar mis emociones ante los demás	-,019	,508	,173	-,077	,059	,002	-,017	-,006
44 me preocupa perder el control sobre mis emociones	,071	,457	-,029	,018	,020	-,034	-,011	,075
33 no se que es lo que sucede en mi interior	,050	,392	-,067	-,006	-,063	,098	,017	,001
35 el hecho de ser mayor conlleva demasiadas exigencias	,032	,272	-,098	8,03E-005	,269	,007	-,022	-,084
8 cuando tengo alguna sensación muy fuerte me da miedo	,089	,258	-,045	,064	,050	,064	,101	,089
40 confundo cuando tengo apetito y cuando no	,050	,215	,044	,210	-,040	-,008	,015	,088
54 necesito mantener a la gente a cierta distancia	-,068	,188	,147	,056	,067	,146	-,022	,071
15 admito todas mis emociones	-,019	-,018	,528	,050	-,107	-,106	-,020	,137
57 puedo hablar fácilmente acerca de mis ideas y sentimientos	,001	,245	,507	-,063	,029	-,009	,051	-,011
26 soy capaz de identificar y de distinguir claramente mis emociones	-,012	,239	,475	,047	-,076	-,105	,062	,072
23 me resulta fácil comunicarme con la gente	-,030	,036	,437	-,007	,042	,071	,000	,028
17 confío en los demás	-,052	-,052	,428	,017	,055	,072	-,074	,066
20 creo que generalmente soy yo el/la que dispone las cosas en mi vida	,064	-,122	,374	-,033	,005	-,003	,024	,125
30 tengo amistades íntimas	-,069	-,085	,361	-,021	,078	-,013	,020	,064
42 creo que puedo alcanzar mis metas	,059	-,070	,307	,047	-,090	,299	,051	-,046
43 mis padres han esperado de mi lo mejor	,010	,133	-,187	-,057	,181	-,185	-,093	,021
5 me atiborro de comida	-,043	-,121	-,019	,759	,087	-,015	-,038	-,204
28 me he dado comilonas en las que tenía la	-,041	,036	,029	,643	,054	-,092	-,028	-,025

impresión de no poder parar								
4 cuando estoy nervioso/a me pongo a comer	,031	,055	-,115	,524	-,063	,073	,076	-,074
46 cuando estoy con gente como con moderación y solo/a me atiborro	,034	,063	,098	,502	,044	-,085	-,051	,053
61 como o bebo a escondidas	,002	,030	,061	,350	-,017	,051	-,024	,046
64 cuando estoy nervios/a temo ponerme a comer	,211	,064	-,038	,296	-,104	,039	,115	,271
48 creo que las personas son más felices en su infancia	,025	,019	-,014	,011	,630	,006	,068	-,055
14 la infancia es la época más feliz de la vida	-,003	-,039	-,064	,002	,621	-,017	,160	-,064
3 me gustaría poder volver a la vida segura de la infancia	,118	-,006	-,044	,020	,504	,216	,190	-,018
6 me gustaría ser más joven	,004	-,039	,077	,084	,432	,120	,109	,015
36 me disgusta no ser la/el mejor en algo	,035	,126	,118	,055	,190	,135	-,156	,085
52 siento que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	,017	,146	,048	,059	,185	-,023	-,175	,124
29 cuando era pequeño/a me esforzaba mucho por no disgustar a mis padres y profesores	,015	,162	-,131	-,046	,179	-,041	-,030	,060
63 mis metas son extremadamente altas	-,033	,125	-,045	,066	,168	-,094	-,159	,059
24 deseo ser otra persona	,158	,005	,008	-,028	,105	,583	-,112	-,049
18 me siento solo/a en el mundo	-,081	,078	,081	-,036	,065	,566	-,098	-,054
27 me siento fuera de lugar	-,018	,152	,016	,010	,032	,563	-,091	-,060
10 me veo poco eficaz como persona	,112	,038	-,027	-,014	,051	,529	-,024	-,004
41 tengo mala opinión de mi mismo/a	,181	,112	-,010	-,001	-,019	,493	-,018	,029
56 me siento vacío/a por dentro (emocionalmente)	-,081	,303	,056	-,015	,001	,440	-,040	-,019
37 me siento seguro/a de mi mismo/a	,059	,037	,303	-,021	-,076	,385	,058	-,020
50 creo ser una persona valiosa	,018	,008	,301	-,024	-,099	,328	,114	-,056
53he pensado en intentar vomitar para perder peso	,227	-,016	-,070	,047	-,103	,273	,042	,265
13 para ser considerado/a en mi familia, hay que sobresalir	-,081	-,005	,113	,089	,184	,188	-,156	,063
58 la mejor época de la vida es cuando te conviertes en adulto	-,041	,070	,047	-,018	,158	-,122	,585	,047
22 prefiero ser un hombre/mujer adulto/a que un/a niño/a	-,054	,026	,005	-,020	,085	-,187	,544	,099
39 me siento feliz de no ser ya un/a niño/a	-,053	-,080	,167	,009	,183	,032	,397	-,005
11 me siento muy culpable cuando he comido demasiado	,388	-,031	-,002	,022	-,044	,048	,048	,481
1 tomo dulces y alimentos ricos en calorías sin preocuparme por ello	,245	-,027	,203	-,248	-,015	-,146	,046	,410
38 pienso acerca de mis comilonas	,250	,034	,058	,205	-,048	-,141	,008	,392
47 me siento lleno/a después de tomar una pequeña cantidad de alimento	,135	,129	,046	-,141	,019	,083	-,003	,277
Auto valores	12,665	3,881	3,248	2,078	1,714	1,365	1,263	1,242
Porcentaje de varianza	18,940	5,047	4,075	2,192	1,646	1,091	,987	,871

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Tabla Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1,000	,397	-,244	,287	,079	,575	,059	,323
2	,397	1,000	-,054	,505	,462	,583	-,264	,507
3	,244	,054	1,000	,051	-,203	,324	,304	-,236
4	,287	,505	,051	1,000	,208	,506	-,130	,356
5	,079	,462	-,203	,208	1,000	,202	-,170	,413
6	,575	,583	,324	,506	,202	1,000	-,052	,393
7	,059	-,264	,304	-,130	-,170	,052	1,000	-,307
8	,323	,507	-,236	,356	,413	,393	-,307	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

Descriptivos de los factores (EDI 8 factores)

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
EDI1_1	3,55	4,449	1,784	2,789
EDI2_1	1,01	2,094	3,046	12,183
EDI3_1	4,90	6,361	1,651	2,180
EDI4_1	2,96	3,658	2,432	8,515
EDI5_1	5,15	3,307	,744	,591
EDI6_1	2,93	2,752	1,245	1,959
EDI7_1	3,71	4,035	1,816	4,172
EDI8_1	7,58	4,475	,823	,485

1 Error típico 0,022

2 Error típico 0,043

Aun cuando el gráfico de sedimentación indica otros datos, el cuestionario original, según criterio de jueces expertos en la literatura de los Trastornos de la Alimentación, tendría que haber medido once factores, pero por cuestiones de validez y fiabilidad, los autores establecieron desde la teoría los ocho factores que en la actualidad usamos.

Como comentábamos anteriormente, el Análisis Factorial realizado con ocho factores, según indican los autores y no con cuatro o cinco, como indica el gráfico de sedimentación, no hace coincidir nuestros resultados con los que indica el cuestionario de origen. Por nuestra experiencia profesional, después de las entrevistas realizadas a los chicos y chicas de riesgo para determinar su derivación (en torno a 70 cada año de desarrollo del programa, pues se eliminan los sujetos que los tutores o departamentos de orientación apuntan de no riesgo) vemos claramente dos tipologías: personas que apuntan tendencia a una problemática con la alimentación y la imagen corporal (riesgo en EDI1, EDI2, EDI3 y a veces en EDI5 y EDI7) y personas que apuntan problemática en torno a su momento de desarrollo (infantilismo, auto-concepto y autoestima, relaciones sociales... con riesgo en EDI4, EDI6, EDI 8 y a veces en EDI5 y EDI7).

Forzando el análisis a cinco factores (intentando reducir el número de entrevistas, como se ha apuntado), los resultados indican de nuevo los dos mismos tipos: Alimentación (factores 1 y 5) y Desarrollo (factores 2, 3 y 4).

EDI.- Análisis Factorial para 5 factores

El estadístico KMO tiene un valor de 0,958 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtiene un Chi-cuadrado aproximado de 253065,261, los g.l. son 2016 y la significación es superior a 0,01.

Matriz de configuración. (a)

	Factor				
	1	2	3	4	5
32 Me gustaría estar más delgado/a	,876	,007	-,125	-,123	,010
2 Creo que tengo demasiada tripa	,864	-,020	-,103	-,048	,025
59 Creo que mis muslos son demasiado gruesos	,822	-,074	-,053	,037	-,017
45 Creo que mis caderas son demasiado anchas	,775	-,024	-,043	,038	-,024
9 Tengo los muslos demasiado gruesos	,761	-,071	-,100	,056	,017
55 Pienso que mis muslos están bien de tamaño	,722	-,210	,208	,040	,035
7 Pienso acerca de la dieta	,712	,103	-,146	-,042	,011
19 Estoy satisfecho/a con mi figura	,708	-,084	,202	-,040	,010
62 pienso que mis caderas son de tamaño normal	,679	-,186	,223	,041	,016
12 pienso que el volumen de mi tripa es normal	,660	-,160	,157	-,042	,031
16 tengo mucho miedo a engordar	,641	,210	-,135	-,095	-,018
49 si gano un kilo de peso creo que voy a seguir engordando	,624	,205	-,082	-,024	-,012
25exagero la importancia del peso	,609	,149	-,086	-,002	-,028
11me siento muy culpable cuando he comido demasiado	,579	,166	-,101	-,010	-,023
31creo que el tamaño de mi trasero es normal	,527	-,127	,225	,060	,016
53 he pensado en intentar vomitar para perder peso	,394	,176	,003	,063	-,058
38 pienso acerca de mis comilonas	,363	,142	-,122	,131	-,046
64 cuando estoy nervios/a temo ponerme a comer	,343	,122	-,045	,268	-,015
1tomo dulces y alimentos ricos en calorías sin preocuparme por ello	,342	,029	,048	-,288	,010
6 Otengo sentimientos difíciles de identificar	-,018	,601	,047	-,039	-,048
56 me siento vacío/a por dentro (emocionalmente)	-,044	,571	,216	,015	-,050
51 cuando me descontrolo, no se si estoy triste, asustado/a o enfadado/a	-,018	,563	,006	,032	-,032
34 me resulta difícil mostrar mis emociones ante los demás	-,078	,538	,153	-,102	-,001
21 a veces no se qué emoción estoy sintiendo	-,060	,531	,029	,024	-,030
27 me siento fuera de lugar	,037	,504	,207	,057	-,051
44 me preocupa perder el control sobre mis emociones	,069	,482	-,076	-,003	-,035
18 me siento solo/a en el mundo	-,033	,465	,255	,007	-,028
36 me disgusta no ser la/el mejor en algo	,034	,461	,008	,014	,004
52 siento que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	,008	,420	-,148	,002	-,018
24 deseo ser otra persona	,226	,401	,184	,024	-,005
54 necesito mantener a la gente a cierta distancia	-,058	,386	,140	,033	,013
35 el hecho de ser mayor conlleva demasiadas exigencias	-,020	,384	-,152	-,005	,130
33 no se que es lo que sucede en mi interior	,062	,384	,005	,009	-,061
41 tengo mala opinión de mi mismo/a	,276	,377	,185	,046	-,036
13 para ser considerado/a en mi familia, hay que sobresalir	-,073	,362	,022	,056	,010
10 me veo poco eficaz como persona	,201	,354	,166	,039	,009
47 me siento lleno/a después de tomar una pequeña cantidad de alimento	,231	,310	-,013	-,158	-,016
63 mis metas son extremadamente altas	-,062	,308	-,235	,020	-,019
8 cuando tengo alguna sensación muy fuerte me da miedo	,135	,302	-,020	,065	,070
29 cuando era pequeño/a me esforzaba mucho por no disgustar a mis padres y profesores	,019	,282	-,235	-,059	,065
40 confundo cuando tengo apetito y cuando no	,071	,247	,016	,181	-,034

50creo ser una persona valiosa	,037	,040	,539	,006	,035
57 puedo hablar fácilmente acerca de mis ideas y sentimientos	-,079	,226	,521	-,107	,066
37 me siento seguro/a de mi mismo/a	,091	,164	,519	,002	,007
42 creo que puedo alcanzar mis metas	,075	-,001	,495	,062	,006
26 soy capaz de identificar y de distinguir claramente mis emociones	-,063	,160	,445	-,012	,004
15 admito todas mis emociones	-,049	-,020	,442	-,024	-,052
23 me resulta fácil comunicarme con la gente	-,071	,136	,437	-,048	,048
17 confío en los demás	-,082	,129	,370	-,035	,010
43 mis padres han esperado de mí lo mejor	-,023	,184	-,361	-,080	,028
20 creo que generalmente soy yo el/la que dispone las cosas en mi vida	,069	-,060	,337	-,074	,045
30 tengo amistades íntimas	-,096	,000	,310	-,063	,084
5 me atiborro de comida	-,105	-,070	-,051	,723	,052
28 me he dado comilonas en las que tenía la impresión de no poder parar	-,069	,107	-,077	,579	,015
4 cuando estoy nervioso/a me pongo a comer	,055	,027	-,039	,527	,004
46 cuando estoy con gente como con moderación y solo/a me atiborro	,022	,167	-,027	,429	-,008
61 como o bebo a escondidas	,022	,136	,033	,319	-,029
14 la infancia es la época más feliz de la vida	-,041	,173	-,163	-,004	,496
3 me gustaría poder volver a la vida segura de la infancia	,148	,263	-,011	,041	,442
58 la mejor época de la vida es cuando te conviertes en adulto	-2,96E-005	-,212	,194	,005	,440
48 creo que las personas son más felices en su infancia	-,026	,308	-,150	-,010	,432
39 me siento feliz de no ser ya un/a niño/a	-,031	-,183	,303	,029	,389
22 prefiero ser un hombre/mujer adulto/a que un/a niño/a	-1,62E-005	-,280	,112	-,004	,369
6 me gustaría ser más joven	,007	,231	,031	,070	,349
Auto valores	12,665	3,881	3,248	2,078	1,714
Porcentaje de varianza	18,888	5,000	4,032	2,141	1,593

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Tabla Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3	4	5
1	1,000	,542	-,314	,306	,037
2	,542	1,000	-,117	,465	,188
3	-,314	-,117	1,000	-,210	,072
4	,306	,465	-,210	1,000	-,025
5	,037	,188	,072	-,025	1,000

Método de extracción: Factorización del eje principal. Promax con Kaiser.

Descriptivos de los factores (EDI 5 factores)

	Media	Desv. típ.	Asimetría ¹	Curtosis ²
EDI1F5	8,97	10,73	1,818	3,005
EDI2F5	7,94	7,96	1,997	5,314
EDI3F5	7,55	4,37	1,198	2,148
EDI4F5	,62	1,60	3,499	14,969
EDI5F5	6,68	4,07	,800	,490

1 Error típico 0,022

2 Error típico 0,043

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO EDI (5 Factores)

	F1	F2	F3	F4	F5	Comu.
Tomo dulces y alimentos ricos en calorías sin preocuparme por ello	.293					.914
Creo que tengo demasiada tripa	-.831					.310
Me gustaría poder volver a la vida segura de la infancia					.718	.484
Cuando estoy nervioso/a me pongo a comer				.595		.646
Me atiborro de comida				.548		.700
Me gustaría ser más joven					.578	.665
Pienso acerca de la dieta	-.704					.505
Cuando tengo alguna sensación muy fuerte me da miedo		.458				.791
Tengo los muslos demasiado gruesos	-.743					.448
Me veo poco eficaz como persona		.595				.646
Me siento muy culpable cuando he comido demasiado	-.673					.547
Pienso que el volumen de mi tripa es normal	.576					.668
Para ser considerado/a en mi familia, hay que sobresalir		.412				.830
La infancia es la época más feliz de la vida					.494	.756
Admito todas mis emociones			.407			.835
Tengo mucho miedo a engordar	-.715					.489
Confío en los demás			.375			.859
Me siento solo/a en el mundo		.582				.661
Estoy satisfecho/a con mi figura	.713					.491
Creo que generalmente soy yo el/la que dispone las cosas en mi vida			.349			.878
A veces no se qué emoción estoy sintiendo		.583				.661
Prefiero ser un hombre/mujer adulto/a que un/a niño/a		.208				.957
Me resulta fácil comunicarme con la gente			.444			.803
Deseo ser otra persona		.646				.583
Exagero la importancia del peso	-.739					.455
Soy capaz de identificar y de distinguir claramente mis emociones			.507			.743
Me siento fuera de lugar		.676				.543
Me he dado comilonas en las que tenía la impresión de no poder parar				.580		.663
Cuando era pequeño/a me esforzaba mucho por no disgustar a mis padres y profesores		.164				.973
Tengo amistades íntimas			.205			.958
Creo que el tamaño de mi trasero es normal	.469					.780
Me gustaría estar más delgado/a	-.811					.342
No se que es lo que sucede en mi interior		.534				.715
Me resulta difícil mostrar mis emociones ante los demás		.503				.747
El hecho de ser mayor conlleva demasiadas exigencias					.419	.824
Me disgusta no ser la/el mejor en algo		.498				.752
Me siento seguro/a de mi mismo/a			.674			.545
Pienso acerca de mis comilonas	-.523					.727
Me siento feliz de no ser ya un/a niño/a					-	.982
					.135	
Confundo cuando tengo apetito y cuando no				.423		.821
Tengo mala opinión de mi mismo/a	-.600					.640
Creo que puedo alcanzar mis metas			.526			.723
Mis padres han esperado de mi lo mejor			.288			.917
Me preocupa perder el control sobre mis emociones		.580				.663
Creo que mis caderas son demasiado anchas	-.781					.390
Cuando estoy con gente como con moderación y solo/a me atiborro				.637		.595
Me siento lleno/a después de tomar una pequeña cantidad de alimento	-.392					.846
Creo que las personas son más felices en su infancia					.577	.667
Si gano un kilo de peso creo que voy a seguir engordando	-.729					.468
Creo ser una persona valiosa			.620			.616
Cuando me descontrolo, no se si estoy triste, asustado/a o enfadado/a		.600				.640
Siento que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas		.454				.793
He pensado en intentar vomitar para perder peso	-.579					.665
Necesito mantener a la gente a cierta distancia		.340				.885
Pienso que mis muslos están bien de tamaño	.666					.557

Me siento vacío/a por dentro (emocionalmente)	.652		.575
Puedo hablar fácilmente acerca de mis ideas y sentimientos		.500	.750
La mejor época de la vida es cuando te conviertes en adulto	.068		.995
Creo que mis muslos son demasiado gruesos	-.783		.387
Tengo sentimientos difíciles de identificar	.626		.608
Como o bebo a escondidas		.494	.756
Pienso que mis caderas son de tamaño normal	.629		.604
Mis metas son extremadamente altas	.181		.967
Cuando estoy nervioso/a temo ponerme a comer		.621	.614

Todas las saturaciones estadísticamente significativas $p < .01$ excepto el ítem 58 que es con $p < .05$.

Matriz de correlaciones entre los factores

Factor	1	2	3	4	5
1	1,000				
2	-.668	1,000			
3	.386	-.476	1,000		
4	-.507	.641	-.245	1,000	
5	-.407	.538	-.175	.387	1,000

Estadísticos de Ajuste

g.l.	Chi-Square	RMSEA ($\geq .08$)	NFI ($\geq .90$)	CFI ($\geq .90$)	IFI ($\geq .90$)	RMR ($\geq .06$)
1942	7721.69	.06	.92	.94	.94	.06

No se puede hacer DIAGRAMA PATH por la cantidad de factores.

Cuestionario- Auto-informe sobre IMAGEN CORPORAL

Nombre y apellidos

Edad..... Sexo..... Curso.....

Sobre aspectos académicos

Número de cursos que has repetido:

* En primaria: Ninguno..... Uno..... Dos.....

* En secundaria: Ninguno..... Uno..... Dos.....

En general, cómo valorarías tus resultados académicos (notas) del último curso:

Insuficiente..... Suficiente..... Bien..... Notable..... Sobresaliente.....

Sobre Imagen Corporal

¿Con qué frecuencia se habla en tu casa de temas relacionados con el peso, la pérdida de peso y de hacer dietas?

..... A diario

..... 3-4 veces por semana

..... 1-2 veces por semana

..... Menos de una vez por semana

..... Nunca

¿Con qué frecuencia se habla en tu grupo de amigos/as de temas relacionados con el peso, la pérdida de peso y de hacer dietas?

..... A diario

..... 3-4 veces por semana

..... 1-2 veces por semana

..... Menos de una vez por semana

..... Nunca

	Completo desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En general, de acuerdo	Completo acuerdo
Los programas de TV son una fuente de información importante sobre la moda y cómo ser atractivo/a					
Comparo mi cuerpo con los de las personas que salen en TV					
Los anuncios de TV son una fuente de información importante sobre la moda y cómo ser atractivo/a					
Me gustaría que mi cuerpo fuese como el de los/as modelos que salen en las revistas					
Me siento presionado/a para estar delgado/a por la TV y las revistas					
Me gustaría parecerme a los/as modelos que salen en los videos musicales					
Comparo mi cuerpo con el de la gente que “está en forma”					

Los/as famosos/as son una fuente de información importante sobre la moda y cómo ser atractivo/a					
La mejor forma de saber si se tiene un peso adecuado es comparar el propio cuerpo con el cuerpo de los demás					
En situaciones sociales (cuando estoy con grupos de amigos/as) suelo comparar mi cuerpo con el de los demás					

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Algunas personas se ríen de mí porque estoy gordo/a					
La gente hace chistes sobre los/as que están gordos/as					
Algunas personas me llaman gordo/a					
Me salto comidas					
Utilizo la comida (comer) para sentirme mejor					
Intento encontrar métodos (dietas) que me ayuden a mejorar mi peso					
No me gusta mi apariencia					
Me encuentro menos atractivo/a que la mayoría de la gente de mi edad					
Evito ir a reuniones, fiestas, etc... cuando no me encuentro bien con mi cuerpo y conmigo mismo/a					
Me siento desgraciado/a (poco feliz) con mi peso actual					

Gracias por tu colaboración

CORRELACIONES IC. EAT-26 SEGÚN SEXO

Diagonal arriba CHICO (n=180) diagonal abajo CHICA (n=216).

	IC.PERSONAL	IC.SOCIAL	EATT	EAT1	EAT2	EAT3
ICPER		,464(**)	,448(**)	,462(**)	,152(*)	,241(**)
ICSOC	,555(**)		,283(**)	,275(**)	,103	,176(*)
EATT	,546(**)	,389(**)				
EAT1	,563(**)	,404(**)				
EAT2	,515(**)	,289(**)				
EAT3	,115	,289(**)				

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. EDI8 SEGÚN SEXO

Diagonal arriba CHICO (n=180) diagonal abajo CHICA (n=216)

	ICPER	ICSOC	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8
ICPER		,464(**)	,504(**)	,195(**)	,530(**)	,414(**)	,111	,089	,251(**)	,199(**)
ICSOC	,555(**)		,290(**)	,092	,275(**)	,152(*)	,080	-,045	,168(*)	,044
EDI1	,600(**)	,488(**)								
EDI2	,431(**)	,305(**)								
EDI3	,575(**)	,401(**)								
EDI4	,507(**)	,257(**)								
EDI5	,198(*)	,258(**)								
EDI6	,231(**)	,018								
EDI7	,447(**)	,258(**)								
EDI8	,246(**)	,176(*)								

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. EDI5 SEGÚN SEXO

Diagonal arriba CHICO (180) diagonal abajo CHICA (216) Correlaciones

	ICPER	ICSOC	EDI1F5	EDI2F5	EDI3F5	EDI4F5	EDI5F5
ICPER		,464(**)	,556(**)	,380(**)		,039	,102
ICSOC	,555(**)		,305(**)	,215(**)		-,056	,049
EDI1F5	,643(**)	,478(**)					,178(*)
EDI2F5	,469(**)	,327(**)					,026
EDI3F5	,264(**)	,077					
EDI4F5	,278(**)	,191(**)					
EDI5F5	,225(**)	,131					

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. CON CASOS SEGÚN SEXO

Diagonal arriba CHICO (180) diagonal abajo CHICA (216)

	ICPER	ICSOC	casocat	CASOV	caso	casoAUTPER	CASOV5	caso5
ICPER		,464(**)	,320(**)	,451(**)	,299(**)		,068	,464(**)
ICSOC	,555(**)		,241(**)	,064	,094		,027	,241(**)
casocat	,323(**)	,193(**)						
CASOV	,427(**)	,261(**)						
caso	,238(**)	,146(*)						
casoAUTPER	,232(**)	-,041						
CASOV5	,404(**)	,195(**)						
caso5	,422(**)	,244(**)						

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. EAT-26 SEGÚN EDAD

Diagonal Arriba MAYORES (n=126) Diagonal abajo PEQUEÑOS (n=270)

	ICPER	ICSOC	EATT	EAT1	EAT2	EAT3
ICPER		,528(**)	,612(**)	,625(**)	,536(**)	,174
ICSOC	,551(**)		,390(**)	,376(**)	,321(**)	,164
EATT	,426(**)	,339(**)				
EAT1	,443(**)	,353(**)				
EAT2	,286(**)	,182(**)				
EAT3	,153(*)	,142(*)				

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. EDI8 SEGÚN EDAD

Diagonal Arriba MAYORES (n=126) Diagonal abajo PEQUEÑOS (n=270)

	ICPER	ICSOC	EDI1	EDI2	EDI3	EDI4	EDI5	EDI6	EDI7	EDI8
ICPER		,528(**)	,652(**)	,474(**)	,540(**)	,531(**)	,221(*)	,314(**)	,475(**)	,329(**)
ICSOC	,551(**)		,460(**)	,345(**)	,402(**)	,216(*)	,261(**)	,025	,275(**)	,194(*)
EDI1	,500(**)	,417(**)								
EDI2	,232(**)	,131(*)								
EDI3	,589(**)	,369(**)								
EDI4	,376(**)	,190(**)								
EDI5	,061	,049								
EDI6	,077	-,007								
EDI7	,259(**)	,155(*)								
EDI8	,113	,054								

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. EDI5 SEGÚN EDAD

Diagonal Arriba MAYORES (n=126) Diagonal abajo PEQUEÑOS (n=270)

	ICPER	ICSOC	EDI1F5	EDI2F5	EDI3F5	EDI4F5	EDI5F5
ICPER		,528(**)	,634(**)	,557(**)	,190(*)	,201(*)	,311(**)
ICSOC	,551(**)		,461(**)	,365(**)	-,020	,131	,143
EDI1F5	,610(**)	,430(**)					
EDI2F5	,268(**)	,160(**)					
EDI3F5	,137(*)	,042					
EDI4F5	,176(**)	,099					
EDI5F5	,099	,039					

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES IC. CASOS SEGÚN EDAD

Diagonal Arriba MAYORES (n=126) Diagonal abajo PEQUEÑOS (n=270)

	ICPER	ICSOC	casoeat	CASOV	caso	casoAUTPER	CASOV5	caso5
ICPER		,528(**)	,436(**)	,529(**)	,505(**)	,124	,498(**)	,535(**)
ICSOC	,551(**)		,211(*)	,224(*)	,239(**)	-,187(*)	,119	,179(*)
casoeat	,225(**)	,219(**)						
CASOV	,266(**)	,090						
caso	,108	,072						
casoAUTPER	,086	,036						
CASOV5	,303(**)	,160(**)						
caso5	,341(**)	,252(**)						

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**Correlaciones entre factores EAT-26 y EDI-8 factores,
(muestra total)**

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5	edi6	edi7	edi8
eatt												
eat1	,876(**)				,703(**)	,452(**)	,540(**)	,410(**)	,345(**)	,157(**)	,508(**)	,188(**)
eat2	,549(**)	,331(**)			,779(**)	,421(**)	,606(**)	,402(**)	,311(**)	,151(**)	,472(**)	,160(**)
eat3	,685(**)	,316(**)	,223(**)		,436(**)	,472(**)	,346(**)	,348(**)	,253(**)	,124(**)	,412(**)	,156(**)
edi1	,571(**)	,663(**)	,249(**)	,172(**)								
edi2	,352(**)	,305(**)	,369(**)	,148(**)	,295(**)							
edi3	,360(**)	,430(**)	,202(**)	,063(**)	,604(**)	,240(**)						
edi4	,253(**)	,269(**)	,194(**)	,068(**)	,329(**)	,277(**)	,445(**)					
edi5	,334(**)	,298(**)	,181(**)	,223(**)	,270(**)	,261(**)	,072(**)	,065(**)				
edi6	,154(**)	,155(**)	,120(**)	,056(**)	,184(**)	,159(**)	,284(**)	,451(**)	,052(**)			
edi7	,407(**)	,371(**)	,319(**)	,202(**)	,390(**)	,425(**)	,313(**)	,441(**)	,333(**)	,359(**)		
edi8	,226(**)	,195(**)	,147(**)	,148(**)	,191(**)	,163(**)	,138(**)	,179(**)	,266(**)	,179(**)	,269(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas total n=6271

Diagonal abajo Chicos total n=6558

**Correlaciones entre factores EAT-26 y EDI-5 factores,
(muestra total)**

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5
eatt									
eat1	,876(**)				,670(**)	,562(**)	,153(**)	,260(**)	,146(**)
eat2	,549(**)	,331(**)			,435(**)	,445(**)	,132(**)	,355(**)	,127(**)
eat3	,685(**)	,316(**)	,223(**)		,220(**)	,327(**)	,060(**)	,111(**)	,099(**)
edi1	,520(**)	,603(**)	,269(**)	,134(**)					
edi2	,493(**)	,446(**)	,331(**)	,281(**)	,437(**)				
edi3	,060(**)	,088(**)	,063(**)	-,031(*)	,246(**)	,114(**)			
edi4	,244(**)	,184(**)	,324(**)	,107(**)	,207(**)	,397(**)	,059(**)		
edi5	,196(**)	,168(**)	,134(**)	,125(**)	,167(**)	,298(**)	,133(**)	,119(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas total n=6271

Diagonal abajo Chicos total n=6558

**Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-8 factores,
(muestra de riesgo)**

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5	edi6	edi7	edi8
eatt												
eat1	,858(**)				,440(**)	,161(**)	,222(**)	,138(**)	,069(*)	-,146(**)	,139(**)	-,146(**)
eat2	,516(**)	,238(**)			,603(**)	,130(**)	,363(**)	,138(**)	,038	-,158(**)	,101(**)	-,168(**)
eat3	,643(**)	,250(**)	,194(**)		,264(**)	,368(**)	,169(**)	,221(**)	,090(**)	-,027	,236(**)	-,006
edi1	,404(**)	,581(**)	,097(**)	-,056								
edi2	,084(*)	,035	,293(**)	-,046	,100(**)							
edi3	,069	,245(**)	,039	-,263(**)	,574(**)	,065						
edi4	-,074(*)	-,021	,017	-,154(**)	,153(**)	,199(**)	,341(**)					
edi5	,140(**)	,131(**)	,077(*)	,069	,160(**)	,176(**)	-,058	,037				
edi6	-,210(**)	-,198(**)	-,079(*)	-,125(**)	-,127(**)	,050	,051	,421(**)	,045			
edi7	,038	,004	,141(**)	-,007	,124(**)	,361(**)	,024	,359(**)	,270(**)	,247(**)		
edi8	-,032	-,043	,013	-,012	,037	,022	,006	,045	,241(**)	,089(*)	,181(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas caso1 n= 1045

Diagonal abajo Chicos caso1 n=780

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-5 factores, (muestra de riesgo)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5
eatt									
eat1	,873(**)								
eat2	,850(**)	,388(**)							
eat3	,489(**)	,205(**)	,142(**)						
edi1	,612(**)	,203(**)	,142(**)						
edi2	,245(**)	,450(**)	,073	-,217(**)					
edi3	,094(*)	,101(*)	,137(**)	-,039					
edi4	-,320(**)	-,267(**)	-,166(**)	-,198(**)					
edi5	-,119(**)	-,189(**)	,230(**)	-,120(**)					
	-,155(**)	-,157(**)	-,030	-,084(*)					

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas caso1 n= 923

Diagonal abajo Chicos caso1 n=633

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-8 factores, (muestra no-riesgo)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5	edi6	edi7	edi8
eatt												
eat1	,784(**)											
eat2	,790(**)	,382(**)										
eat3	,401(**)	,106(**)	,097(**)									
edi1	,665(**)	,121(**)	,104(**)									
edi2	,351(**)	,151(**)	,091(**)									
edi3	,473(**)	,043(**)	,035(**)									
edi4	,167(**)	,119(**)	,225(**)									
edi5	,172(**)	,244(**)	,050(**)									
edi6	,050(**)	,080(**)	,061(**)									
edi7	,204(**)	,153(**)	,067(**)									
edi8	,042(**)	,057(**)	,047(**)									
	,193(**)	,164(**)	,168(**)									
	,116(**)	,078(**)	,061(**)									

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas caso0 n=5226

Diagonal abajo Chicos caso0 n=5777

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-5 factores, (muestra no-riesgo)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5
eatt									
eat1	,793(**)								
eat2	,405(**)	,123(**)							
eat3	,664(**)	,153(**)	,101(**)						
edi1	,326(**)	,428(**)	,096(**)						
edi2	,307(**)	,239(**)	,168(**)						
edi3	,018	,064(**)	,046(**)						
edi4	,116(**)	,063(**)	,213(**)						
edi5	,093(**)	,065(**)	,051(**)						

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas caso0 n=5348

Diagonal abajo Chicos caso0 n=5925

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-5 factores, según edad (pequeños)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5	edi6	edi7	edi8
eatt												
eat1	,875(**)											
eat2	,542(**)	,327(**)										
eat3	,680(**)	,308(**)	,213(**)									
edi1	,578(**)	,672(**)	,251(**)	,167(**)								
edi2	,358(**)	,310(**)	,375(**)	,150(**)	,297(**)							
edi3	,384(**)	,456(**)	,219(**)	,067(**)	,630(**)	,263(**)						
edi4	,261(**)	,274(**)	,202(**)	,073(**)	,345(**)	,290(**)	,442(**)					
edi5	,336(**)	,298(**)	,187(**)	,219(**)	,278(**)	,264(**)	,090(**)	,085(**)				
edi6	,160(**)	,155(**)	,121(**)	,067(**)	,193(**)	,168(**)	,264(**)	,433(**)	,069(**)			
edi7	,414(**)	,377(**)	,330(**)	,201(**)	,405(**)	,439(**)	,330(**)	,446(**)	,347(**)	,346(**)		
edi8	,225(**)	,191(**)	,159(**)	,142(**)	,193(**)	,168(**)	,141(**)	,194(**)	,260(**)	,190(**)	,282(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas edad 1 n=4649

Diagonal arriba Chicos edad 1 n=4764

Si se comparan la diagonal de arriba de esta Tabla y de la siguiente se comparan las chicas pequeñas con las mayores y en la siguiente los chicos.

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-5 factores, según edad (pequeños)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5
eatt									
eat1	,875(**)								
eat2	,542(**)	,327(**)							
eat3	,680(**)	,308(**)	,213(**)						
edi1	,536(**)	,619(**)	,278(**)	,134(**)					
edi2	,494(**)	,446(**)	,343(**)	,274(**)	,459(**)				
edi3	,064(**)	,087(**)	,060(**)	-,020	,225(**)	,126(**)			
edi4	,243(**)	,180(**)	,332(**)	,107(**)	,214(**)	,397(**)	,067(**)		
edi5	,195(**)	,167(**)	,145(**)	,118(**)	,167(**)	,308(**)	,133(**)	,124(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas edad 1 n=4649

Diagonal arriba Chicos edad 1 n=4764

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-8 factores, según edad (mayores)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5	edi6	edi7	edi8
eatt												
eat1	,878(**)											
eat2	,571(**)	,342(**)										
eat3	,692(**)	,336(**)	,252(**)									
edi1	,546(**)	,633(**)	,242(**)	,174(**)								
edi2	,339(**)	,291(**)	,352(**)	,152(**)	,290(**)							
edi3	,296(**)	,357(**)	,153(**)	,059(**)	,531(**)	,174(**)						
edi4	,256(**)	,270(**)	,181(**)	,085(**)	,302(**)	,244(**)	,452(**)					
edi5	,317(**)	,291(**)	,163(**)	,211(**)	,243(**)	,259(**)	,029	,038				
edi6	,148(**)	,159(**)	,120(**)	,034	,165(**)	,137(**)	,337(**)	,492(**)	,016			
edi7	,397(**)	,358(**)	,290(**)	,222(**)	,351(**)	,387(**)	,263(**)	,429(**)	,305(**)	,392(**)		
edi8	,215(**)	,197(**)	,109(**)	,143(**)	,179(**)	,154(**)	,136(**)	,162(**)	,268(**)	,159(**)	,243(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas edad 2 n=1622

Diagonal abajo Chicos edad 2 n=1794

Correlaciones entre factores entre EAT-26 y el EDI-5 factores, según edad (mayores)

	eatt	eat1	eat2	eat3	edi1	edi2	edi3	edi4	edi5
eatt		,923(**)	,697(**)	,697(**)	,679(**)	,575(**)	,115(**)	,247(**)	,122(**)
eat1	,878(**)		,538(**)	,416(**)	,749(**)	,515(**)	,113(**)	,197(**)	,108(**)
eat2	,571(**)	,342(**)		,375(**)	,447(**)	,497(**)	,097(**)	,363(**)	,146(**)
eat3	,692(**)	,336(**)	,252(**)		,250(**)	,373(**)	,056(**)	,118(**)	,058(**)
edi1	,475(**)	,551(**)	,242(**)	,132(**)		,495(**)	,216(**)	,227(**)	,123(**)
edi2	,488(**)	,445(**)	,298(**)	,301(**)	,374(**)		,267(**)	,385(**)	,307(**)
edi3	,066(**)	,100(**)	,075(**)	-,042	,308(**)	,092(**)		,118(**)	,236(**)
edi4	,258(**)	,203(**)	,306(**)	,123(**)	,192(**)	,401(**)	,035		,103(**)
edi5	,181(**)	,165(**)	,097(**)	,121(**)	,169(**)	,269(**)	,151(**)	,115(**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Diagonal arriba Chicas edad 2 n=1622

Diagonal abajo Chicos edad 2 n=1794